



T.C.

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**AÇIK KALP AMELİYATI OLAN HASTALARIN BİLGİLENME
GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

MERVE ERDOĞAN

Ankara, 2012



T.C.

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**AÇIK KALP AMELİYATI OLAN HASTALARIN BİLGİLENME
GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

MERVE ERDOĞAN

DANIŞMAN:

YRD. DOÇ. DR. AZİZE KARAHAN

Ankara, 2012

T.C
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde, Merve Erdoğan tarafından yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 09 Ocak 2012

“Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaların Bilgilenme Gereksinimlerinin Belirlenmesi”

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Azize Karahan

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Yrd. Doç. Dr. Azize Karahan

Yrd. Doç. Dr. Hülya Bulut

Yrd. Doç. Dr. Hayriye Ünlü

ONAY: Bu tez Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu'nun 13 Ocak 2012 tarih, 03 sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Rengin Erdal
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim süresince benimle akademik deneyimlerini ve bilgi birikimini paylaşan, tezimin tüm aşamalarında yardımlarını esirgemeyen değerli danışmanım Sayın Yard. Doç Dr. Azize KARAHAN'a,

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmasını, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan ve kullanılması için izin veren sayın Emine ÇATAL'a,

Çalışmaların verilerinin tüm analiz sürecinde danışmanlık aldığım Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı'ndan Uzman Dr. Mustafa Agah TEKİNDAL'a

Yüksek lisans eğitimim boyunca manevi desteklerini esirgemeyen, devamlılığımı sağlayabilmem için gerekli izinleri veren, hoşgörüyü cömertçe gösteren Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü Ziyafet HANOĞLU, Müdür Yardımcısı Nurdan KURAL, Blok Sorumlusu Banu ÇEVİK, C-4 Yoğun Bakımlar Koordinatörü Hemşire Asuman ERSAYIN, Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Firides YILDIRIM, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Ünitesi ve Başkent Üniversitesi Adana Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Ünitesi'nde çalışan hemşireler ve Kalp Damar Cerrahisi tüm doktor ekibine,

Her zaman zor anlarımda sabır, hoşgörü ve tüm destekleriyle yanımda olan Sait Eren Erener'e,

Sıkıntılı ve dar zamanlarımda yardımına koşan "Berrak Balanuye'ye, Öznur Çobanoğlu'na ve Yusuf Can Ekinci'ye,

Hayatım boyunca yanımda olan, çok sevdiğim AİLEM'e en içten dileklerle teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

AÇIK KALP AMELİYATI OLAN HASTALARIN BİLGİLENME GEREKİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

Açık kalp ameliyatı olan hastaların bilgilenme gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışma, tanımlayıcı türdendir. Bu çalışma 15 Şubat ile 1 Temmuz 2011 tarihleri arasında bir vakıf üniversitesi hastanesinin üç ayrı ilde bulunan hastanelerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın örneklemini açık kalp ameliyatı gerçekleştirilen 238 hasta oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından oluşturulan hasta tanıtım formu ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) ile toplanmıştır. Veriler SPSS 16.0 programına aktarılmış, tanımlayıcı (ortalama, yüzde) veri özelliklerine göre parametrik ve nonparametrik testler kullanılmıştır. Hastaların %48.7'sine kalp kapak ameliyatı, %45.8'ine koroner arter bypass greft (KABG) ve % 5.5'ine KABG+ kapak ameliyatı yapılmıştır. Hastaların HÖGÖ toplam madde puan ortalamasının 222 ± 26.36 olduğu, alt ölçeklerden alınan puanların ortalamasının ise 21.28 ± 2.65 ile 40.68 ± 4.65 arasında değiştiği belirlenmiştir. Hastaların HÖGÖ alt ölçek puan ortalamaları arasında en yüksek olanları sırasıyla “tedavi ve komplikasyonlar”, “yaşam kalitesi” ve “ilaçlar” alt ölçekleridir. En düşük puan ise “duruma ilişkin duygular” ve “toplum ve izlem” alt ölçeklerinden elde edilmiştir. Tüm alt ölçeklerden elde edilen puanlar ölçeğin likert yapısına göre “çok önemli” ile “son derece önemli” kategorileri arasında yer almaktadır. Bu durum toplam ve alt ölçekler için hastaların öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğunu göstermiştir. Hastaların HÖGÖ'den aldıkları puanların arasındaki fark hastanelere, gelir-gider durumlarına, mesleklerine, cerrahi türüne ve taburculuk eğitimi alma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlar dikkate alınarak mevcut taburculuk eğitim içeriklerinin tekrar gözden geçirilmesi ve eğitimin etkinliğinin artırılması için hasta özelliklerinin, gereksinimleri ve hastaya uygun eğitim yöntemleri dikkate alınarak taburculuk eğitiminin planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Açık kalp ameliyatı, hasta öğretimi, taburculuk eğitimi, hasta öğrenim gereksinimleri.

ABSTRACT

DETERMINING THE EDUCATIONAL REQUIREMENTS OF THE PATIENTS WITH OPEN-HEART SURGERY

This study, which is carried out to determine the learning needs of the patients with open-heart surgery, it is descriptive type. This study is carried out in hospitals, which belong to a foundation university, in three different cities between February 15 and July 1. Study samples consist of 238 patients who had open-heart surgery. The data are collected with a patient identification form, which is created by the researcher, and Patient Learning Needs Scale (PNLP). The data are transferred to SPSS 16.0 programme and tests are used parametrically and non-parametrically according to descriptive (mean, percent) data specifications. 48.7% of the patients had heart valve surgery, 45.8% had coronary artery bypass grafting surgery (CABG) and 5.5% had both surgeries. It is determined that mean PNLN total item score of the patients are 222 ± 26.36 and mean score received from subscales change between 21.28 ± 2.65 and 40.68 ± 4.65 . The highest mean score among patients' mean PNLN subscale score are "treatment and complications", "quality of life" and "medication" subscales respectively. The lowest score is received "emotions regarding the situation" and "society and monitoring" subscales. Having score from all subscales take place between "very important" and "extremely important" categories according to likert structure of the scale. With this case, it is determined that patients' educational requirements are high for total and subscales. Difference between scores that the patients had from PNLN is found significant according to hospitals, income and expenditure states, professions, surgery type and if they received discharge education or not. It is recommended that the existing discharge education contents are reviewed taking these results into consideration and the discharge education is planned in order to increase education efficiency considering patient characteristics, requirements and education methods that are proper for patient.

Key Words: Open-heart surgery, patient learning, discharge education, patient learning needs.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İç Kapak	
Kabul-onay sayfası	
Teşekkür	
Özet ve anahtar sözcükler	iv
İngilizce özet	v
İçindekiler	vi
Kısaltmalar ve simgeler dizini	ix
Tablolar dizini	X
1. GİRİŞ	1
1.2 Çalışmanın Amacı	4
1.3 Çalışmanın Soruları	5
2.GENEL BİLGİLER	6
2.1. Koroner Arter Hastalığı	6
2.1.1. Koroner Arter Hastalığının Risk Faktörleri	7
2.1.2. Koroner Arter Hastalığının Tedavisi	8
2.2. Kalp Kapak Hastalığı	9
2.3. Kalp Cerrahisi	11
2.3.1 KABG Cerrahi Prosedürü	12
2.3.2. Kalp Kapağı Tamiri ve Replasmanı	12

2.4. Açık Kalp Sonrası Dönem	13
2.5 Taburculuk Eğitimi	14
2.5.1 Taburculuk Eğitimi/Öğretiminin Önem ve Yararı	16
2..5.2 Taburculuk Süreci ve Aşamaları	18
2.6. Açık Kalp Sonrası Taburculuk Öğretimi ve Taburculuk Sonrası Dönem	19
2.6.1 Açık Kalp Ameliyatına Yönelik Taburculuk Öğretiminin Kapsamı	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Yeri	28
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
3.3. Verilerin Toplanma Süreci	30
3.3.1. Veri Toplama Araçları	30
3.3.2. Çalışmanın Ön Uygulaması	32
3.3.3. Verilerin Toplanması	33
3.3.4. Verilerin Değerlendirilmesi	33
3.4. Araştırmanın Etik Yönleri	34
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	34
4. BULGULAR	35
4.1. Hastaların Demografik ve Tanımlayıcı Özellikleri	35
4.2. Hastaların HÖGÖ'ya İlişkin Bulguları	39
5. TARTIŞMA	57

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	65
6.1. Sonuçlar	65
6.2. Öneriler	68
7. KAYNAKLAR	69
EKLER	
EK I	
EK II	
EK III	
EK IV	
EK V	
EK VI	
EK V11	

KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

AHA	American Heart Association
Ark.	Arkadaşları
B.Ü	Başkent Üniversitesi
B.Ü. Ankara Hst. KVCYB	Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Erişkin Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
WHO	World Health Organization
EF	Ejeksiyon Fraksiyonu
HÖGÖ	Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği
İMA	İnternal Mamary Arter
KABG	Koroner Arter Bypass Greft
KAH	Koroner Arter Hastalığı
LAD	Left Anterior Descending
PTKA	Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty
Cronbach α	Cronbach alpha
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
JCAHO	The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization

TABLULAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 3.1. HÖGÖ Alt Ölçekleri ve Tanıtıcı Özellikleri	31
Tablo 3.2. HÖGÖ'nun Türkiye'deki güvenilirlik sonuçları	32
Tablo 3.3. Bu çalışmada HÖGÖ ve alt ölçeklerinin Cronbach Alfa değerleri	32
Tablo 4.1. Hastaların demografik özelliklerinin dağılımı	35
Tablo 4.2. Hastaların hastane deneyimlerine ve hastalık durumlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı	37
Tablo 4.3. Hastalara uygulanan cerrahi girişim ve özelliklerinin dağılımı	37
Tablo 4.4. Hastaların taburculuk eğitimi alma durumları ve eğitimin etkinliğine yönelik görüşlerinin dağılımı	38
Tablo 4.5. HÖGÖ ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarının dağılımı	39
Tablo 4.6.: Hastaların yattıkları hastanelere göre HÖGÖ madde toplam puan ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarının dağılımı	40
Tablo 4.7. Hastaların yaşlarına göre HÖGÖ madde toplam puan ortalamalarının dağılımı	43
Tablo 4. 8. Hastaların cinsiyetlerine göre HÖGÖ madde toplam puan ortalamalarının dağılımı	44
Tablo 4. 9. Hastaların medeni durumlarına göre HÖGÖ madde toplam puan ortalamalarının dağılımı	44

Tablo 4. 10. Hastaların eğitim durumlarına göre HÖGÖ madde toplam puan ortalamalarının dağılımı	45
Tablo 4.11. Hastaların gelir-gider durumlarına göre HÖGÖ madde toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları	46
Tablo 4.12. Hastaların yaşadıkları yere göre HÖGÖ madde toplam puan ortalamalarının dağılımı	47
Tablo 4.13. Hastaların mesleklerine göre HÖGÖ madde toplam puan ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı	48
Tablo 4. 14. Hastaların daha önce hastanede yatma deneyimlerine göre HÖGÖ madde toplam puan ortalamalarının dağılımı	50
Tablo 4. 15. Başka hastalığa sahip olma durumuna göre HÖGÖ madde toplam puan ortalamalarının dağılımı	51
Tablo 4. 16. Hastalara uygulanan cerrahi girişimlere göre HÖGÖ madde toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı	52
Tablo 4. 17. Cerrahi girişime bağlı komplikasyon gelişme durumuna göre HÖGÖ madde toplam puan ortalamalarının dağılımı	55
Tablo 4.18. Hastaların taburculuk eğitimi alma durumlarına göre HÖGÖ madde toplam puan ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı	55

EK TABLOLAR

	Sayfa No
Ek Tablo 1. Hastaların mesleklerine göre HÖGÖ puan ortalamalarının çoklu karşılaştırılması	89
Ek. Tablo 2. Hastaların hastanelere göre HÖGÖ puan ortalamalarının çoklu karşılaştırılması	94
Ek. Tablo 3. Hastaların gelir-gider durumlarına göre HÖGÖ puan ortalamalarının çoklu karşılaştırılması	96
Ek. Tablo 4. Ek. Tablo 4. Hastaların eğitim durumlarına göre gelir-gider durumlarının karşılaştırılması	98
Ek. Tablo 5. Hastaların mesleklerine göre gelir-gider durumlarının karşılaştırılması	99
Ek. Tablo 6. Hastaların hastanelere göre gelir-gider durumlarının karşılaştırılması	100

1. GİRİŞ

Kalp-damar hastalıkları, bireylerin yaşamlarını olumsuz yönde etkilemekte ve günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde mortalite ve morbidite nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Kalp damar hastalıkları; aritmiler, romatizmal, koroner ve konjenital kalp hastalıkları, konjestif kalp yetersizliği, hipertansiyon ve inme gibi hastalıkları içermektedir (Çağtay ve Soydan, 1997; Gök, 2002; Onat, 2004; Griffin ve Topol, 2004).

Kalp ve damar hastalıkları; ortalama yaşam süresinin ve kalitesinin artmasına, korunma ve önleme çalışmalarına, tıbbi-cerrahi tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere rağmen her yıl ülkemizde ve dünyada yaşamı tehdit eden önemli hastalıklar arasında birinci sıradaki yerini korumaktadır (Onat, 2004; Tok, 2006; Karakuş, 2007; Özbay, 2010; Onat ve ark., 2010). Avrupa Birliği'nde yılda 2 milyon kişi yaşamını kalp ve damar hastalıklarına bağlı nedenlerden kaybetmektedir (Heron ve ark., 2006) Amerika Birleşik Devletleri(ABD)'nde toplam nüfusta tüm ölümler bin kişide 8.8 olup, tüm kalp kökenli ölümler binde 2.8 ile ilk sırada yer almaktadır. ABD'de 81 milyonun üzerinde yetişkin bireyin bir veya daha fazla kardiyovasküler hastalığın olduğu saptanmıştır (Donald ve ark., 2010).

Kalp hastalıkları arasında koroner arter hastalıkları tüm ölümlerin % 33-50'sinin, kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin ise %50-75'inin nedenidir. Bu rakamlar, koroner arter hastalığının bireylerin ve toplumların sağlığı için önemini, çok sık görülen hastalık gurubu olduğunu ve ölümlerin en basta gelen nedeni olduğunu yansıtmaktadır (Paç, 2004). Koroner arter hastalığı (KAH) ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu olup, erişkin ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır (Sönmez ve ark., 2002; Onat, 2004).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 2008 yılında yayınladığı Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Raporu'nda belirtildiğine göre 2000 yılında yapılan ulusal hastalık yükü araştırmasında; Türkiye'de ölüm nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımında ilk sırayı kardiyovasküler hastalıklar (% 47.7)

almaktadır. Türk Kardiyoloji Derneği (2002)'nin yapmış olduğu çalışmada ülkemizde erişkinlerde kalp hastalığı prevalansı %9 olup; koroner arter hastalığı % 6.2, romatizmal kalp hastalığı % 1.5 ve diğer kalp hastalıklarının prevalansı % 1.3 olarak saptanmıştır. Koroner kalp hastalığına yönelik 1990 yılında ülkemizde gerçekleştirilen bir taramada, 1.640.000 kalp hastasının olduğu ve bu hastaların 1.050.000'nini koroner kalp hastalığı tanısı konulan bireylerin oluşturduğu belirlenmiştir (Onat ve ark, 2010). Aynı çalışma 2006 yılında tekrarlanmış ve koroner kalp hastalığına sahip olan birey sayısının 2.8 milyona yükseldiği ve artış oranının yıllık % 5-6 dolayında olduğu ortaya konulmuştur (Onat ve ark, 2010). TEKHARF çalışmasının 2008 yılı sonuçlarına göre ise Türk erişkinlerde hem koroner kalp hastalığı mortalitesinin, hem de yeni koroner olaylar ile ilgili prevalansın çevre ülkelerden fazla olduğu; her iki cinsiyette, ama özellikle kadınlarda, daha yüksek olduğu saptanmıştır (Onat ve ark., 2010). Bu sonuçlar dikkate alınarak KAH ve koruyucu önlemler üzerinde daha fazla durulması gerekliliği vurgulanmıştır (Onat ve ark., 2010).

Kalp damar hastalıklarının etiolojisinde sıklıkla yaş, kalıtsal faktörler, cinsiyet gibi değiştirilemeyen faktörler ile birlikte sigara ve alkol kullanımı, sistemik hastalıklar, obezite, kötü beslenme ve fiziksel hareketsizlik gibi faktörler de rol oynamaktadır (Griffin ve Topol, 2004; Heron ve ark., 2006). Kalp hastalıkları tüm dünyada mortalitenin en önemli nedeni olsa da yapılan çalışmalar ve yürütülen kampanyalar ile azalma gösterdiği belirlenmiştir. İliçin ve ark. (2003)'nin belirttiğine göre; kardiyovasküler hastalıkların mortalite ve morbiditesinin azalmasında hiperlipideminin tedavi edilmesi (% 30) sigaranın bırakılması (% 24) ve hipertansiyonun kontrol altına alınması (% 9.5) rol oynamaktadır. KAH'a bağlı ölümlerin azaltılmasında ise koroner bakım ünitelerinin % 13.5, koroner arter bypass greft (KABG) cerrahisinin % 3.5, tıbbi tedavinin % 10 ve hastane öncesi yapılan müdahalelerin % 4 payı olduğu bildirilmektedir (İliçin ve ark., 2003).

Kalp hastalıklarının tedavisinde minimal invaziv girişimlerdeki gelişmelere ve tıbbi tedavilerin etkinliğine rağmen bazı hastalar için yaşam süresinin uzaması ve daha kaliteli yaşam sağlanmasında cerrahi tedaviler önemini korumaktadır. Açık kalp ameliyatı, kardiyopulmoner by-pass greft, kapak anomalileri ve konjenital kalp

defektlerinin onarımı için en fazla kullanılan yöntemlerdir (Yava, 2000; Erdil ve Özbaş, 2001; Mercouris, 2009). Açık kalp ameliyatı ile koroner arter ve kalp kapağı hastalıklarının neden olduğu yakınmalar azaltılabilmekte, yaşam süresi uzamakta ve hastaların yaşam kaliteleri olumlu yönde etkilenmektedir (Harkness ve Dincher, 1997; Paç, 2004; Naimark, 2009). Zyzanski ve ark. (2002)'nin açık kalp ameliyatı sonrası değişimleri incelemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada, hastaların %50'sinin ameliyat öncesinde göre daha az göğüs ağrısı yaşadıkları, daha aktif egzersiz yapabildikleri ve sosyal iletişime daha fazla girdikleri belirlenmiştir. Duits ve ark.(2000)'nin yaptığı bir çalışmada KABG sonrası hastaların %70-90'nın göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısının azaldığını ve egzersiz performansının % 20-50 oranında arttığı belirlenmiştir.

Açık kalp ameliyatlarının yaşam kalitesini artırmaya yönelik olumlu etkisi olsa da, ameliyat sonrası dönemde fiziksel, emosyonel ve sosyal bazı sorunlar yaşanabilmektedir (Yava, 2000; Karakuş, 2009). Açık kalp ameliyatı olan hastalar hareket etme, beslenme, boşaltım, solunum, cinsel işlev, uyku ve dinlenme gibi fiziksel aktiviteleri yerine getirmekte bazı sorunlar ve güçlükler ile karşılaşabilmektedirler. Yapılan çalışmalarda kalp ameliyatı olan hastaların taburculuktan sonra ilk altı ayda beslenme, iştahta azalma, bulantı-kusma ve barsak alışkanlığında değişiklikler gibi gastrointestinal sorunlar, uyku bozuklukları, halsizlik ve aktivite intoleransı, ağrı deneyimi, anksiyete, üzüntü ve depresyon gibi psikolojik problemler yaşadıkları saptanmıştır (Cebeci, 2006; Karakuş, 2007). Yaşanılan bu sorunların yanı sıra hastaların düzenli bir egzersiz programını sürdürme, planlı ve uzun süreli ilaç kullanma ve oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ya da komplikasyonların ortaya çıkması durumunda belirtileri erken tanımlayabilmesine yönelik bazı sorumlulukları da bulunmaktadır (Cebeci, 2006; Karakuş, 2007). Bireylerin ameliyat sonrası en fazla bilgi gereksinimi duyduğu alanlar sırasıyla; tedavi ve komplikasyonlar, yaşam aktiviteleri, ilaçlar ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi için gerekli olarak belirlenmiştir (Jickling ve Graydon, 1997).

Ameliyat sonrası dönemde hastanede verilen bakım, eğitim ve danışmanlık kadar, taburculuk sonrası döneme yönelik planlama da önem taşımaktadır (Güneş, 2001; Cebeci, 2006). Açık kalp ameliyatı gerçekleştirilen bireyin karşılaştığı güçlükler

ile baş edebilmesi ve bakım sürecinde kendisine düşen sorumlulukları yerine getirebilmesi için taburculuk sonrası döneme iyi hazırlanması; gereksinimlerine uygun ve yeterli düzeyde eğitim alması gerekmektedir. Hasta ve ailesinin eğitimi, kaliteli hasta bakımının temel bir parçası olup, hemşirenin bağımsız fonksiyonudur (Güneş, 2001; Cebeci, 2006; Karakuş, 2007).

Bu aşamada hemşirenin rolü; hastanın hastaneye tekrar yatışının önlenmesi, öz bakım gücünü arttırması ve bağımsızlığını kazanmasına katkıda bulunması ve komplikasyonların önlenmesine yardımcı olabilecek bilgiyi aktarmasını içermektedir. Yapılan çalışmalarda taburculuk eğitimi verilen hastaların; iyileşme süreçlerinin hızlandığı, öz bakım yeteneklerine paralel olarak özgüvenlerinin arttığı, hastaneye/polikliniğe tekrarlı başvuruların azaldığı, buna bağlı olarak hasta bakım maliyetinin azaldığı ve bakım kalitesinin yükseldiği belirtilmektedir (Cebeci, 2006; Çatal, 2007; Yaman, 2008; Karakuş, 2009). Bu düzeyde hizmet sunabilmek için öncelikle hemşirelerin hastaların öğrenim gereksinimlerini ve önceliklerini ortaya koyabilmesi gerekmektedir.

Açık kalp ameliyatı olan hastaların bilgilendirme gereksinimlerinin belirlenmesi, hemşirenin taburculuk sonrası bakım sürecini planlayabilmesi ve hasta ve yakınlarının taburculuk sonrası dönemi başarı ile sürdürebilmesi açısından önemli olmasına rağmen Türkiye’de açık kalp ameliyatı yapılan bireylerin bilgilendirme gereksinimlerini belirlemeye yönelik farklı boyutlarla ele alan çalışmalar olmakla birlikte hastaların taburculuk sonrasına yönelik bilgi gereksinimlerini objektif değerlendirme araçları kullanılarak gerçekleştirilen çalışmalara rastlanmamıştır. Bu sonuçlar ve alanda eksiklikler göz önüne alınarak açık kalp ameliyatı yapılmış olan bireylerin bilgilendirme gereksinimlerinin saptanmasının yararlı olacağı ve literatüre açık kalp cerrahisi olan hastaların bilgilendirme gereksinimini saptamada farklı bir bakış açısı kazandıracığı ön görülmüştür.

1.2. Çalışmanın Amacı:

Bu çalışma açık kalp ameliyatı olan hastaların bilgilendirme gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

1.3. Çalışmanın Soruları

- 1- Açık kalp ameliyatı gerçekleştirilen hastaların bilgilenme gereksinimlerindeki öncelikleri nelerdir?
- 2- Açık kalp ameliyatı gerçekleştirilen hastaların demografik özelliklerine göre (cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, yaşadığı yer, meslek, gelir durumu) bilgilenme gereksinimleri farklılık gösteriyor mu?
- 3- Açık kalp ameliyatı gerçekleştirilen hastaların ameliyat türüne göre bilgilenme gereksinimleri farklılık gösteriyor mu?
- 4- Açık kalp ameliyatı gerçekleştirilen hastaların ameliyat oldukları hastanelere göre bilgilenme gereksinimleri farklılık gösteriyor mu?

2. GENEL BİLGİLER

Kalp hastalıkları günümüzde tüm dünyada yaygın ve ölüme yol açan faktörlerin başında yer almaktadır (WHO, 2009). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre koroner kalp hastalığı, 2002 yılında tüm dünyada gerçekleşen ölümlerin % 19.5'ini oluşturmuştur (WHO, 2009). DSÖ'ye göre 2030 yılında 23.6 milyon kişinin kalp ve damar hastalıklarından öleceği tahmin edilmektedir (WHO, 2010). Avrupa' da ve Türkiye'de de kalp hastalıklarına bağlı ölümler tüm ölümler arasında ilk sırada yer almaktadır (AHA, 2009; Sağlık Bakanlığı, 2008).

Kalp ve damar hastalıkları; kapsamında birçok farklı hastalık bulunmakla birlikte kalp ve damar hastalıkları arasında koroner arter hastalığı (KAH) ilk sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2008). KAH'ın tedavisinin yanı sıra kalp kapak onarımı ve replasmanı da açık kalp ameliyatı tekniği kullanılarak yapılmaktadır (Yava, 2000; Erdil ve Özbaş, 2001; Mercouris, 2009).

2.1. Koroner Arter Hastalığı

KAH en yaygın görülen kardiyovasküler sistem hastalığıdır. Bu hastalık, ciddi komplikasyonlara yol açması, mortalite- morbitide oranının ve tedavi maliyetinin yüksek olması nedeniyle önemli bir toplum sağlığı sorunudur (Sağlık Bakanlığı, 2008; Karadakovan ve Aslan, 2010).

Kalbin kendisini besleyen koroner arterlerin, beslediği bölgelere herhangi bir nedenle yeterli kan taşıyamaması sonucu miyokartta oluşan iskemi ve nekrozun derecesine göre değişen hastalıklar ve bu hastalıkların komplikasyonlarının tümü koroner kalp hastalıkları (KAH) başlığı altında incelenmektedir (Paç 2004). Koroner kalp hastalıkları “koroner arter hastalığı”, “iskemik kalp hastalığı” ve “aterosklerotik kalp hastalığı” olarak da ifade edilmektedir (Paç, 2004; Griffin ve Topol, 2004).

Koroner kan akımının azalmasının en sık rastlanan nedeni aterosklerozdur. Ateroskleroz zaman içinde kan damarlarının sertleşip tıkanmasıdır. Kalbi besleyen

damarlar; yüksek kolesterol, sigara, tansiyon, uygun olmayan beslenme alışkanlıkları, genetik faktörler ve çevresel diğer faktörlerin etkisiyle hasar görür (Guyton ve ark., 2007; Abacı, 2009). Kolesterol endotel tabaka altında birikir ve bu bölgeler yavaş yavaş fibröz doku ile kaplanır ve sıklıkla kalsifiye alanlar oluşur. Hasar gören bölgede kolesterol, yağ dokusu, kalsiyum, makrofajlar ve ölü kan hücrelerinin birikmesi plak adı verilen tabakayı oluşturur. Plaklar damarların esnekliğini azaltır, kanın geçiş yolunu daraltır ve kanın akışını engeller (Guyton ve Hall, 2007; Abacı, 2009). Aterosklerotik plak trombus oluşumuna ve arterin tıkanmasına yol açabilir. Bazen de oluşan trombus bulunduğu yerden kopup bir emboli oluşturarak periferdeki bir başka damarın tıkanmasına neden olabilir (Onat 2001; Guyton ve Hall, 2007).

Ülkemizde 2007-2008 yıllarında gerçekleştirilen TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri) çalışmasında 35 yaş ve üzerindeki 29.5 milyon nüfustan 3.1 milyon kişinin, yani Türkiye genelinde bin yetiştikenden 105'inin KAH'ı olduğu belirlenmiştir. Bu tespit KAH'ın 1990 yılından beri yılda %6.4 oranında, diğer bir ifadeyle 200 bin kişi arttığını göstermiştir (Onat ve ark., 2009). TEKHARF çalışması 2007/08 tarama örnekleminde koroner kalp hastalarının % 6'sı 45-54 yaş grubunda, % 17'si 55-64 yaş grubunda, % 28'i 65 yaş ve üzerindeki grupta yer almaktadır. Bu değerlerin 1990 yılı ile karşılaştırıldığında 50 yaş üstü grupta KAH'ın % 80 oranında arttığı belirtilmektedir (Onat ve ark., 2009).

2.1.1. Koroner Arter Hastalığının Risk Faktörleri

KAH için risk faktörlerinin bir bölümünün kontrol edilmesi mümkün olmamasına rağmen, bazı risk faktörlerinin kontrol altına alınması mümkün olabilmektedir.

a. Kontrol Edilemeyen Risk Faktörleri:

- Aile öyküsü (genetik yatkınlık (birinci derece akrabalarından erkekte 55, kadında 65 yaşından önce koroner arter hastalığı bulunması))
- Yaş (Erkeklerde ≥ 45 , Kadınlarda ≥ 55) ve

- Cinsiyet

b.Kontrol Edilebilen Risk Faktörleri:

- Sigara\Alkol kullanımı
- Kan basıncı yüksekliği (140\90 mmHg üzeri)
- Diyabetes mellitus (DM)
- Düşük HDL kolesterol (45 mg\dl altı)
- Yüksek LDL kolesterol (130 mg\dl üzeri)
- Total kolesterol (200mg\dl üzeri)
- Dengesiz diyet
- Şişmanlık\Obezite
- Stres
- Düzenli egzersiz yapılmaması ve
- Hareketsiz yaşamdır (Grundy, 1999; Akdemir ve Birol, 2004; Tekbaş, 2008; Abanonu, 2005; Onat, 2009; Özbay, 2010; Karadakovan ve Aslan, 2010).

2.1.2. Koroner Arter Hastalığının Tedavisi

Koroner arter hastalığının tedavisinde yaygın olarak kullanılan yöntemler; tıbbi tedavi, perkütan transluminal koroner anjiyoplasti (PTKA), koroner arterlere stent uygulamaları ve KABG cerrahisidir (Hough ve Hog, 2001). Günümüzde noninvaziv ve minimal invaziv girişimler; anesteziye gereksinim duyulmaması, işlem sonrası iyileşmenin daha hızlı olması, hastaların erken dönemde ayağa kaldırılması, kısa bir sürede hastaneden taburcu edilmesi ve günlük yaşamlarına daha çabuk dönmeleri gibi pek çok avantajları nedeni ile giderek daha fazla tercih edilmektedir (Özdemir ve ark., 2002).

Minimal invaziv girişimler ve tıbbi tedavilerin etkinliğine rağmen bazı hastalar için yaşam süresini uzatmak ve daha kaliteli yaşam sağlamak amacıyla cerrahi tedavide uygulanmaktadır. KABG, vücudun diğer bölümlerinden alınan arter ve venler ile ya da protez greftler kullanılarak koroner damarlardaki darlık veya tıkanıklık sonucu ortaya çıkan miyokardiyal iskeminin ortadan kaldırılması için gerçekleştirilen ameliyatlardır (Göksel, 2004). KABG için kullanılan damarların birbirlerine göre çeşitli avantaj ve

dezavantajları bulunmaktadır (Hudak ve ark., 1998). En sık kullanılan damarlar safen ven, radial arter ve internal mamary (IMA) arterdir (Hudak ve ark., 1998). Günümüzde KABG için aday olan hastalar şu şekilde sıralanmaktadır:

- Sol ana arter stenozu ile anjinal yakınması olan,
- Proksimal LAD (Left Anterior Descending) ya da sirkumfleksde % 50-% 70'den fazla tıkanıklığı bulunan,
- Üç damar hastalığı ile anjina tarifleyen (EF (Ejeksiyon Fraksiyonu) <%50 ya da yaygın iskemi),
- Damar hastalığı ile birlikte yaşamı tehdit eden ventriküler aritmisi bulunan;
- Önemli oranda canlı, kasılmayan ve revaskülarize edilebilir myokarda sahip ve
- Sol ventrikül fonksiyonu iyi olmayan hastalara, diğer yöntemlerin başarısız olduğu durumlarda KABG uygulanabilir (Grundy, 1999; Göksel, 2004).

Medikal tedaviyle karşılaştırıldığında KAH'nın tedavisinde, cerrahi tedavinin ilaç tedavisine göre daha başarılı olduğu belirtilmektedir (Göksel, 2004). KABG'in en büyük avantajı, hastanın ameliyattan sonra özellikle zayıf sol ventrikül fonksiyonuyla beraber üç damar hastalığı durumunda yaşam süresinin ilaç tedavisine göre daha uzun olmasıdır. KABG'in diğer avantajları; etkin olarak ağrının rahatlatılması ve egzersiz toleransının artırılmasıdır (Paç, 2004).Yapılan bir çalışmada koroner arter bypass ameliyatından sonra hastaların %70-90'ında göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı gibi semptomların azaldığı ve egzersiz performansının ameliyat öncesine göre % 20-50 oranında arttığı saptanmıştır (Duits ve ark., 1997).

2.2. Kalp Kapak Hastalıkları

Kalbin en sık karşılaşılan hastalıklarından bir diğeri kalp kapak hastalıklarıdır. Kalp kapağı hastalıkları, kardiyak fonksiyon bozukluğu ve ölüme neden olan hastalıklardandır. Kalpte kanın ileriye doğru akışını sağlayan dört kalp kapağı bulunmaktadır. Sağlıklı ve normal kalp kapakları, kanın kalpten pulmoner ve sistemik dolaşıma geçişini kolaylaştırmakta; kalp kapakları tamamen açılıp kapanmadığı

durumda ise kalp kapağı hastalıkları oluşmaktadır (Black, Jacobs 1997; Akdemir ve Birol, 2000)

Kalp kapağı hastalıkları, konjenital ya da edinsel olarak gelişebilir. Kalp kapağı hastalıklarına neden olan faktörler; A grubu beta-hemolitik streptokokların oluşturduğu ateşli romatizma, kapağın efektif endokartide bağlı olarak bozulması, koroner atheroskleroz nedeniyle papiller kas fonksiyonlarının kaybı ya da rüptürü, konjenital malformasyonlar, yaşlanmaya bağlı kapakta kalsifikasyon, skleroz ve deformitenin artmasıdır (Carobela, 2003; Porth, 2004).

Bu sorunlara bağlı olarak kapaklarda darlık ve yetmezlik olmak üzere iki fonksiyonel bozukluk ortaya çıkar. Sağlıklı kalp kapakları, kanın kalp içinde akışını kolaylaştırırken; kapakların darlığında kanın ileri akışı engellenir. Kapağın yetmezlik durumunda ise kan geriye doğru kaçar. Kapak hastalıklarının tedavi edilmemesi durumunda kalp yetmezliği ortaya çıkabilir (Erdil ve Özbaş, 2001; Gök, 2002; Paç, 2004). Aynı kapakta hem darlık hem de yetmezlik oluşmasına ‘miks lezyon’ denilmektedir ve bu durumda kalp kapağı yeterince açılmaz ya da kapanamaz (Black ve Jacobs, 1997; Akdemir ve Birol, 2000; Woods ve ark., 2005).

Kalp kapak hastalıkları; mitral,aort, triküspit ve pulmoner kapak hastalıkları içermektedir. Tüm kapak hastalıkları içinde en fazla mitral kapak ile ilgili sorunlar ortaya çıkmaktadır. Kalp kapak hastalıkları etkilenen kapağa göre belirti ve bulgulara yol açmakla birlikte bireylerde genel olarak aktivite kısıtlılığı, dispne, yorgunluk, çarpıntı gibi yakınmalara neden olmakta ve bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (Black ve Jacobs, 1997; Gök, 2002; Griffin ve Topol, 2004).

Mitral kapak hastalıklarının akut nedenleri myokard enfarktüsü, mitral kapak prolapsusu ve endokardit olarak sıralanırken kronik mitral yetmezliğinin en sık görülen nedeni romatizmal kalp hastalığıdır. Mitral darlıkta eforla gelen dispne, hemoptizi ve yorgunluk sıklıkla görülen belirti ve bulgulardır (Black ve Jacobs, 1997; Porth, 2004). Mitral yetmezlik genellikle belirti vermez. Ancak kardiyak out-put’un azalmasına bağlı olarak geç dönemde yorgunluk ve eforla gelen dispne erken dönemde, klinik belirtiler

ilerledikçe ise ortopne, paroksizmal nokturnal dispne ve periferik ödem görülür (Black ve Jacobs; 1997).

Kronik aort yetmezliği olan hastalar, uzun süre semptom vermeyebilir. Bu süreçte sol ventrikülün dilatasyonundan dolayı hasta sol-yan pozisyonunda yattığında kendi kalp seslerini duyar (Black ve Jacobs, 1997; Yıldırım, 2001). Diğer taraftan aort darlığında genellikle başlangıçta semptom görülmeyebilir. Kapaktaki darlık ve ventrikül basıncı kritik düzeye ulaştığında yorgunluk, efor anjinası gibi semptomlar belirir (Paç, 2004).

Trikuspit kapaklarda darlık ya da yetmezliğin en sık görülen nedeni kronik romatizmal kalp hastalığıdır. Trikuspit yetmezliğinin belirti ve bulguları dispne, siyanoz, boyun venlerinde dolgunluk, ödem ve asittir. Hastaların % 90'ında hepatomegali bulunmaktadır (Paç, 2004).

Pulmoner kapak hastalıkları genellikle konjenital olarak ortaya çıkmaktadır. Pulmoner kapağın edinsel lezyonları nadir olarak görülmektedir. Pulmoner darlık ya da yetmezlikte belirti olarak dispne ve halsizlik görülmektedir (Black ve Jacobs, 1997).

2.3. Kalp Cerrahisi

Kalp cerrahisi, kalp kapaklarına yönelik girişimleri, konjenital lezyonların ve patolojilerin onarımını, koroner damarlara greft uygulanmasını (Koroner Arter Bypass Greft) ve kalp transplantasyonunu içermektedir (Çağatay ve Soydan, 1997; Gardner ve Spray, 2004). Kalp ve akciğerlerin fonksiyonlarının ameliyat boyunca, vücut dışında bir makine tarafından geçici olarak sağlanmasına “kardiyopulmoner by-pass” ya da “Ekstrakorporeal Sirkülasyon” adı verilmekte ve bu yolla yapılan kalp ameliyatlarına da “Açık Kalp Ameliyatı” denilmektedir (Polaski ve Tatro, 1996; Erdil ve Özbaş, 2001; Gardner ve Spray, 2004).

2.3.1. KABG Cerrahi Prosedürü

KABG Cerrahisi için kullanılan en yaygın yaklaşım median sternotomi insizyonudur. Perikardium açıldıktan sonra kalp ve aortaya ulaşılır ve hasta kardiopulmoner by-pass için hazır hale getirilir (Hudak ve ark., 1998). Cerrahi esnasında kalbin boş olması ve çalışmıyor olması gerekmektedir. Bu amaçla kardiopulmoner by-pass makinesi kullanılır (Paç, 2004). Hastadan venöz kan, venöz kanül yoluyla kardiyotomi rezervuarına akar ve oksijenetör içinde oksijen ve karbondioksit değişimi olur. Kan sonra ısı değiştiriciye gelir burada öncelikli olarak soğutulur, sonra yeniden ısıtılır. Ameliyat esnasında kan pompa yoluyla normal kalp fonksiyonu olmayan non pulsatif akımın olduğu dolaşıma gönderilir (Gardner ve Spray, 2004).

2.3.2 Kalp Kapağı Tamiri ve Replasmanı

Kalp kapağı hastalıklarında uygulanan cerrahi tedavi, kapağın tamiri ya da değiştirilmesini (replasman) içermektedir. Kalp kapaklarının cerrahi olarak tamiri, annuloplasti, kommissurotomi, kordoplasti, yaprakçık onarımı, balon valvuloplasti gibi çeşitli tekniklerle yapılmaktadır (Monahan ve Neighbors, 1998; Gardner ve Spray, 2004). Kalp kapağı onarımı ameliyatlarının kalp kapağı replasmanı ameliyatına göre çeşitli üstünlükleri vardır. Bunlar; tamir edilen kapakların değiştirilen kapaklara göre uzun süre fonksiyonunu koruması, sürekli antikoagulan ilaç kullanımı gerektirmemesi ve bazı onarım ameliyatlarında kalp-akciğer pompası aletine gereksinim duyulmamasıdır (Monahan ve Neighbors, 1998; Paç, 2004).

Kalp kapağı replasmanı, sık olarak uygulanan cerrahi işlemlerden biri olup, tamir edilemeyecek derecede bozulan kalp kapağının açık kalp ameliyatı ile çıkarılarak yerine biyolojik veya mekanik kalp kapağı yerleştirilmesi işlemidir. Kalp kapağı replasmanında günümüzde çeşitli protez kalp kapakları kullanılmaktadır. Kalp cerrahisinde 40 yılı aşkın bir süredir kullanılmakta olan kapak protezleri, uygun hasta grubunda semptomları azaltmakta ve yaşam suresini önemli ölçüde uzatmaktadır. Bu

amaçla mekanik ve biyolojik kapaklar kullanılmaktadır. Her kapak protez tipinin kendine özgü avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır (Winters ve Obrist, 2007).

Kapak seçiminde hastanın yaşı, cinsiyeti, sosyokültürel durumu, kapağın patolojisi, antikoagulan tedavi alıp almadığı, kadın hastaların çocuk sahibi olup olmadığı ve hastanın tercihi dikkate alınır. Mekanik kapaklar, diğer protez kapaklara oranla çok daha uzun dayanmaktadır. Mekanik kapakların en önemli dezavantajı tromboz riski nedeniyle hastaların yaşam boyu antikoagulan tedavi almaları zorunluluğudur (Monahan ve Neighbors, 1998; Gardner ve Spray, 2004).

Biyolojik kapaklar, eğer insan dışında bir canlıdan alınmış ise 'heterogreft', insan kadavrasından alınmış ise 'homogreft' veya 'allogreft' olarak tanımlanmaktadır. Biyolojik kapaklarda uzun süreli antikoagulan tedavi gerekli olmadığı için tromboemboli ve kanama gibi komplikasyonların görülme riski düşüktür (Monahan ve Neighbors, 1998; Gardner ve Spray, 2004).

2.4. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Dönem

Açık kalp ameliyatı hemen tüm sistemleri etkilediğinden bir çok sorun ve komplikasyonlar ile karşılaşılabilir. Açık kalp ameliyatına bağlı olarak solunum, böbrek, nörolojik fonksiyonlar gibi bir çok sistemi kapsayan bozuklukların yanı sıra, aritmi, kardiyak tamponad, tromboemboli, kanama ve enfeksiyon ortaya çıkabilecek en yaygın komplikasyonlardır (Black ve Jacobs, 1997; Hudak ve ark., 1998; Özcan, 2008; Karadakovan ve Arslan, 2010).

Açık kalp ameliyatı sonrası ortaya çıkabilecek bu komplikasyonların önlenmesi için hastaya ameliyat sonrası dönemde iyi bir hemşirelik bakımı sunulması ve bu bakımın devamlılığının sürdürülebilmesine yönelik etkili bir taburculuk eğitimi verilmesi önemlidir.

2.5 Taburculuk Eğitimi

Eğitim, öğretim ya da bilgilenme zaman zaman birbirlerinin yerine kullanılabilen ve iç içe geçen kavramlardır. Gerçekte ise bu kavramlar birbirinden farklıdır. Eğitim, çocukların ve gençlerin toplum yaşayışında yerlerini almaları için gerekli bilgi, beceri ve anlayışları elde etmelerine, kişiliklerini geliştirmelerine okul içinde veya dışında, doğrudan veya dolaylı yardım etmektir (Türk Dil Kurumu, ET: 12.12.2011). Türk Dil Kurumu (TDK)'nun eğitim bilimleri sözlüğüne göre ise, “insanın yeteneklerinin, özellikle ahlak yetilerinin geliştirilmesi için ona yön ve biçim verilmesi; bu yolda yapılan bilinçli ya da bilinçsiz etkilerin tümü”, dar anlamda “insan gelişiminin düzenli, bilinçli olarak yönetilişi ve etkilenişi” olarak tanımlanmıştır (TDK, ET: 12.12.2011).

Öğretim “belli bir amaca göre, gereken bilgileri verme işi”; “öğrenmeyi kolaylaştıracak etkinlikleri düzenleme, gereçleri sağlama ve kılavuzluk etme eylemi” olarak ifade edilirken; öğrenim, “herhangi bir meslek, sanat veya iş için gerekli bilgi, beceri ve alışkanlıkların elde edilmesi amacıyla yapılan çalışma, tahsil” şeklinde açıklanmıştır (TDK Güncel Türkçe Sözlüğü, ET: 12.12.2011). Bilgilenme ise, bilgi sahibi olma, öğrenme işi, bilgilendirme ise “bir konuda özet olarak verilen bilgi veya açıklama” olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, ET: 12.12.2011).

Hastaların bilgi gereksinimlerinin karşılanması ise hasta eğitimi, hasta öğretimi ya da hastanın bilgilendirilmesi şeklinde ifade edilebilmektedir. Hastaların bilgilendirilmesi hastanın hastaneye kabulünden başlayarak taburculuk sonrasına kadar her aşamada önem taşırken, taburculuk ve sonrası aşama çok daha önemli olabilmektedir (Karadakovan ve Aslan 2010). Taburculuk döneminde hastaya verilen bilgi, benzer şekilde taburculuk eğitimi ya da taburculuk öğretimi şeklinde ifade edilebilmektedir. Bu durum zaman zaman kavram karmaşasına yol açabilmektedir. Hastaya verilen bilginin; eğitim, öğretim ya da bilgilendirme şeklinde ifade edilmesi daha çok alışlageldik şekilde kullanılma eğiliminden kaynaklanabilmektedir (Hugh ve ark. 2000; Yıldırım 2007).

Yıldırım (2007) 'ın belirttiğine göre Amerikan Hemşireler Birliği taburculuk eğitimini 'Hastayı kendisi, aile üyeleri ya da bir kurum tarafından bakılmak üzere bir sonraki bakım aşaması için hazırlamak ve bu aşama için gerekli düzenlemelerin yapılmasına yardımcı olmak için tasarlanmış bir süreç' olarak tanımlamıştır.

Taburculuk planlaması hastanın bir sağlık kurumundan eve ya da uzun süreli bir bakım merkezine en üst düzeyde bağımsız olarak geçmesini sağlamayı amaçlayan bir süreçtir. Taburculuk eğitiminin temel amacı ise hasta ve ailenin gereksinimlerini belirleyerek, hastanın ev yaşamını organize edip yaşam kalitesini yükseltmektir. Bu şekilde bakımın sürekliliği sağlanarak hastanın güvenli bir şekilde hastane ortamından ev ortamına geçişi kolaylaşmaktadır. (İnanç ve ark., 1994, Aytur, 2001; Nargiz, 2005; Yılmaz, 2006; Yıldırım, 2007; Yaman, 2008).

Taburculuk eğitiminin anlaşılabilmesi için bu eğitimin felsefesinin farkında olmak önemlidir. Taburculuk eğitimi hasta merkezli bir süreçtir. Bu nedenle hastanın değerleri, istekleri ve gereksinimleri planlamanın temelini oluşturmaktadır. Eğitimin etkinliği için taburculuk öncesi hastanın temel gereksinimleri saptanmalıdır. Bu süreçte hastaya uygun bakımın verilebilmesi ise ekibin sürekli olarak eğitilmesi ve bireysel gelişimleri gerekmektedir. Taburculuk eğitimi aynı zamanda multidisipliner bir süreçtir ve sürdürülmesi tüm ekibin ortak ve açık, yazılı ve yazılı olmayan iletişimine bağlıdır. Ekipte en önemli kişiler hasta ve yakınlarıdır. Bu nedenle taburculuk eğitiminde hastalar tüm kararlara katılım konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir. Hasta ve aileye mali konular, sunulan hizmetlerin süresi, tedavi kararı, riskleri ve yararları, yasal konular hakkında görüşünü belirtmesinin önemi vurgulanmalıdır (Martinson ve ark., 2002; Fadılloğlu, 2006).

2.5.1. Taburculuk Eğitiminin Önem ve Yararı

Sağlık problemi nedeniyle hastanede yatan bireyler tıbbi ya da cerrahi müdahaleler ile karşılaşmaktadırlar. Cerrahi girişim bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönlerden etkilenmesine neden olmakta ve sonrasında yeni sorunlar ve belirsizlikler meydana getirebilmektedir (Marek, Boehnlein 1999; Erdil ve Elbaş 2001) Belirsizlik, herhangi bir durumu kontrol edememekten kaynaklanan bireyde yetersizlik, ne yapacağını bilememe ve sonuç da stres durumuna yol açan bir durumdur (Öz, 2001). Cerrahi sonrası hastaların yeni yaşam biçimine uyum sağlaması vücut imajındaki değişiklikleri kabullenmesi ve sonrasında yaşamını olabildiğince bağımsız sürdürebilmesi için gerekli bilgi ve beceriyi kazanması önemlidir (Gültekin ve Özbayır, 2003; Akyolcu, 2005; Korkmaz 2007). Hastanede kalış süresi, hasta ve hastalığa göre değişmekle birlikte genellikle hastalar kendi bakımlarını evlerinde sürdürebilecekleri duruma geldiklerinde taburcu edilirler. Bakımın evde devamı için gerekli eğitim ve öğretimden yoksun taburculuk, hasta ve ailesini fiziksel ve psikolojik yönden strese sokarak, iyileşme sürecini yavaşlatabilmektedir (Korkmaz, 2007; Özel, 2010).

Taburculuk eğitimi verilen hastaların; iyileşme süreçlerinin hızlandığı, öz-bakım yeteneklerine paralel olarak öz güvenlerinin arttığı, hastaneye/polikliniğe tekrarlı başvuruların azaldığı buna bağlı olarak da hasta bakım maliyetinin azaldığı ve bakım kalitesinin yükseldiği belirtilmektedir (Yaman, 2008). Bu ilişki hastanın bütün öyküsünün hemşire tarafından bilinmesini sağlaması yanında hemşirenin bireyi tüm yönleriyle değerlendirmesini sağlayarak, bütüncül yaklaşım içinde bakım gereksinimlerini karşılamasına yardımcı olacaktır (Cebeci, 2006; Özcan, 2008).

Naylor ve ark. (1999) hemşireler tarafından uygulanan taburculuk eğitiminin ve evde takibi içeren bakım programlarının hastaların hastanede kalma sürelerini ve hastaneye yeniden yatışlarını azalttığını belirlemiştir. Yılmaz (2002) hastalara ameliyat öncesi uygulanan planlı öğretimin ameliyat sonrası komplikasyon gelişme durumuna etkisini incelediği çalışmasında, öğretim uygulanan hastalarda, uygulanmayanlara göre daha az komplikasyon geliştiğini saptamıştır.

Yaman (2008) 'ın belirttiğine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde Sağlık Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu olarak bilinen; The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, kısa adı ile JCAHO, sağlık kuruluşlarının taburcu olacak bireye/aileye bakımın devamlılığını sağlamak için gerekli olan eğitimi vermesi gerektiğini vurgulamaktadır. JCAHO' ya göre taburculuk eğitimi bütün hastalar için şart ve gereklidir ve bu eğitim gerçekleştirilirken aşağıdaki kapsam ve ilkeler dikkate alınmalıdır:

- Hastanın kültürü, dili ve eğitim düzeyi, dini tercihleri, motivasyonu, sosyoekonomik durumu, fiziksel ve bilişsel sınırlılıklarını göz önünde bulundurarak bilgi gereksinimi, öğrenme öncelikleri ve hazır oluşluk düzeyi değerlendirilmeli,
- Hasta ve ailesine ilaç tedavisi ve yardımcı araç- gereçlerin kullanımı konusunda eğitim verilmeli,
- Hasta ve ailesine beslenme, diyet ve ilaç-besin etkileşimi konusunda danışmanlık yapılmalı,
- Hasta ve ailesine iyileşme ve fonksiyonlarını geliştirmeye yönelik gerekli bilgi ve beceriyi kazandırılmalı,
- Hasta ve ailesine öz-bakım ve hijyen konusunda eğitim verilmeli,
- Hasta ve ailesine bakımın devamlılığını sağlamak için taburcu olmadan önce ilgili kuruluşlar hakkında bilgi verilmeli,
- Hasta eğitimi interaktif olmalı,
- Hasta ve ailesi eğitim sürecinin her aşamasına katılmalı ve
- Hasta ve ailesinin eğitiminde, disiplinler arası işbirliği sağlanmalıdır.

Yukarıda belirtilen kapsam ve ilkeler doğrultusunda başarılı ve etkin bir taburculuk eğitimi için, eğitim vermeye başlamadan önce hastanın yorgunluk ve ağrı durumu değerlendirilmelidir. Taburculuk sonrası için ihtiyaç duyulan kaynaklar belirlenerek, hasta ve ailesi uygun kaynaklara yönlendirilmelidir. Hasta ve yakınları bakımı nasıl devam ettireceğini ve beklenmeyen sağlık sorunları ortaya çıktığında kendilerini nelerin beklediğini bilmeleri önemlidir (Huber ve McClelland, 2003; Ay ve Ertem, 2007).

2.5.2. Taburculuk Süreci ve Aşamaları

Taburculuk planlama süreci akut aşama, geçiş dönemi, tedavinin devam ettirilmesi aşamalarından oluşur. Akut aşamada taburculuk planlama işleminin merkezinde tıbbi müdahale vardır. Geçiş aşamasında akut tedavi ihtiyacı devam eder, ancak bu ihtiyacın aciliyeti azalır ve hastalar bu aşamada ileriye yönelik bakım ihtiyaçlarının planlanmasını isterler. Sürekli bakım aşamasında ise hastalar taburculuk sonrası bakım aktivitelerinin planlanmasına ve uygulanmasına katılabilecek durumdadırlar (Rorden ve Taft, 1990). Taburculuk planı hemşireliğin temel adımları olan;

- kapsamlı bir tanılama,
- veri toplama,
- gereksinimleri belirleme,
- planlama,
- planı uygulama,
- eğitim ve eğitimi değerlendirmeyi içeren bir süreçtir.

Veri toplama, hasta ve ailesi ile ilk karşılaştığı andan itibaren baslar ve hastanın hastanede yattığı süre boyunca devam eder. Veriler bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal kültürel, gelişimsel, spiritüel gereksinimleri konusunda hastanın kendisi, ailesi ve yakınları, sağlık ekibinin diğer üyeleri, tıbbi kayıtlar, laboratuvar test sonuçları gibi kaynaklardan toplanabilir. Veriler toplanırken hasta ve ailesi ile yüz yüze görüşme, dinleme, gözlem, soru cevap şeklinde bilgi edinme ve fizik muayene gibi yöntemler kullanılır (Bayat, 2005; Avşar, 2006; Yıldırım, 2007). Planlama aşaması taburculuk planlaması sürecinin yönetilmesinde sağlık ekibine yol göstermesi amacı ile yazılı bir taburculuk planı oluşturulur. Bu plan;

- Verilecek hizmetin amaçlarının ve hasta bakımından beklenen sonuçların belirlenmesini,
- Uygulama sırasında nelerin, hangi sıra ile nasıl ve ne zaman yapılacağını;
- Değerlendirmenin nasıl yapılacağını,
- Ailenin sürece nasıl katılacağını,

- Hastaya verilecek eğitimin içeriğinin, nasıl değerlendirileceğinin, eğitimde hangi yöntemlerin kullanılacağına belirlenmesini ve
- Taburculuk sonrasında hasta ve ailesinin ihtiyaç duyacağı gerekli hizmetlere/kaynaklara ulaşımının nasıl sağlanacağını kapsar (Yıldırım, 2007; Karadakovan, Aslan 2009).

Uygulama aşaması, taburculuk eğitiminde belirlenen hedeflere ulaşmak için hemşirelik girişimlerinin uygulandığı aşamadır (Çavuş, 2008). Uygulama aşaması; büyük ölçüde planlanan taburculuk eğitiminin verilmesini, planlama aşamasında belirlenen girişimlerinin planlandığı şekilde gerçekleştirilmesini ve taburculuk sonrasında hasta ve hastaya bakım verecek kişi/kişilerin ihtiyaç duyacağı gerekli hizmetlere/kaynaklara ulaşımının sağlanmasını içerir (Ay ve Ertem, 2007; Yıldırım, 2007).

Taburculuk planlamasının son aşaması; hazırlanan planın, hasta ve hastaya bakım verecek kişilerin gereksinimlerini karşılayıp karşılamadığının değerlendirilmesidir (Yıldırım, 2007). Değerlendirmenin amacı; planlanan girişimlerin uygulanması sonucunda hasta bakımından beklenen sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığı incelenerek sürecin etkinliğine, süreçteki aksaklıkların ve bu aksaklıkları gidermek için yapılması gereken değişikliklerin neler olduğuna karar vermek, hasta ve hastaya bakım veren kişilerden alınan geribildirimler ile ekibin süreçteki performansını belirlemektir (Ay ve Ertem, 2007;Yıldırım, 2007).

2.6.Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Taburculuk Öğretimi ve Taburculuk Sonrası Dönem

Açık kalp cerrahisi sonrası hastalar ortalama bir hafta içinde taburcu edilmektedirler. Ancak hasta ve yakınları eve dönüş konusunda, gelişebilecek komplikasyonlar ve evde bakım konusundaki bilgi yetersizliği olduğunda anksiyete yaşayabilmektedirler (Güneş, 2001). Ameliyat sonrası dönemde bireyler ilk üç ay ile bir yıl içinde fiziksel, psiko-sosyal ve ekonomik boyutları ile birçok sorunla karşılaşabilmektedirler.

a. Fiziksel sorunlar: Ameliyat sonrası hastalar taburculuk döneminin ilk haftalarında çeşitli fiziksel sorunlar deneyimlemektedirler. Açık kalp ameliyatları hemen tüm sistemleri etkilediğinden hastalarda çok sayıda fiziksel, fizyolojik sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Özellikle solunum sistemi, kardiyovasküler sistem ve üriner sistem gibi sistemlerde ameliyat sonrası dönemde sorunlar yaşanabilmektedir. Taburculuk sonrası genellikle; solunum sıkıntısı, göğüs, bacak ve kol gibi insizyon alanlarında ağrı; uykusuzluk, yorgunluk, halsizlik, güçsüzlük, aktivite intoleransı, iştahsızlık, boşaltım alışkanlığında değişme ve cinsel fonksiyonlarda bozulma gibi problemler yaşanmakta ve bu problemler ameliyat sonrası bir yıla kadar devam edebilmektedir (Brunner, 2004; Elitoğ ve Erkuş, 2008, King, ve ark., 2000; Theobald ve ark., 2005).

b. Psiko-sosyal sorunlar: Açık kalp ameliyatı süresince hastanın kalp ve akciğer fonksiyonlarının durdurulup, bu işlevlerin kalp-akciğer makinesine devredilmesi serebral perfüzyon etkilemektedir. Serebral perfüzyonun bozulması ise hastada kişilik değişikliklerine ve iletişim sorunlarına yol açabilmektedir. Bunun yanı sıra açık kalp ameliyatının yaşamı tehdit eden büyüklükte bir ameliyat olması, iyileşme sürecinin uzun sürmesi, karmaşık ve kapsamlı bir bakım sürecini gerektirmesi ve bazı hastalarda emeklilik, işten ayrılma, iş değiştirme gibi yaşam şeklinde değişikliklere yol açması psiko-sosyal sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu sorunlara bağlı olarak stresörlerle baş edememe, aile içinde rol karmaşası, yaşam biçiminde ve sosyal yaşamında değişiklikler, evlilik- aile ve arkadaş ilişkilerinde bozulma ve duygusal durum değişiklikleri yaşanabilmektedir (Erdil ve Elbaş, 2001; Güneş, 2001; Elitoğ ve Erkuş 2008). Ameliyat sonrası dönemde hastalarda sıklıkla karşılaşılan ruhsal sorunların başında depresyon gelmektedir. Depresyon açık kalp ameliyatı olan bireylerin yaşam kalitesini, tedavi ve bakım sürecine uyumu olumsuz yönde etkilemektedir (Karakuş, 2007; Lie ve ark 2007).

c. Ekonomik sorunlar: Mittaga, ve ark. (2001)' na göre açık kalp ameliyatı gerçekleştirilen bireyler bu ameliyat sonrası dönemde emeklilik, iş yaşamında değişim, statü kaybı ve bunlara bağlı olarak da ekonomik sorunlar yaşayabilmektedirler.

2.6.1.Açık Kalp Ameliyatına Yönelik Taburculuk Öğretiminin Kapsamı

Hastaların yukarıda belirtilen ve ameliyat sonrası erken ve geç dönemde ortaya çıkabilecek sorunlarının önlenmesinde; bu sorunlarla baş edebilmelerinde; hastalığın tekrarlamaması için yeterli donanımı kazanabilmelerinde; bireylerin yaşam biçimindeki değişikliklere ve hastalığa uyum sağlamalarında uygun baş etme yöntemlerini kullanabilmelerinde eğitim büyük önem taşımaktadır (Güneş, 2001).

Hasta ve hasta yakınlarına taburculuk eğitimi doktor, hemşire, diyetisyen ve fizyoterapist gibi sağlık çalışanlarından oluşan bir ekip tarafından verilmektedir. Açık kalp cerrahisi gerçekleştirilen hastalara verilen taburculuk eğitimi kapsamında yer alması gereken konular

- ilaç kullanımı,
- ağrının kontrolü,
- yara bakımı,
- kanama ve enfeksiyon gibi komplikasyonların önlenmesi,
- diyet,
- egzersiz,
- dinlenme (uyku, oturma ve yatma pozisyonu),
- hijyen,
- alkol, sigara gibi zararlı alışkanlıklar,
- cinsel yaşam,
- acil durumlar,
- günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme,
- işe başlama,
- seyahat etme ve otomobil kullanma,
- sosyal faaliyetlerini yerine getirme ve
- kontrollere gelmesi gereken durumları içermektedir (Erdil ve Elbaş, 1998; Özcan, 2008; Elitoğ ve Erkuş, 2008; Elitoğ ve Erkuş, 2010).

a. İlaç Kullanımı

Açık kalp ameliyatı sonrası hastaların kullanması gereken ilaçların isimleri, etkileri ve yan etkilerinin bilinmesi son derece önemlidir. Hastaların ilaçları öğrenmesini kolaylaştıracak sınıflandırma yapılmalıdır. Kapak replasmanı yapılan hastalar ameliyattan sonra sürekli antikoagulan (warfarin) tedavisi almaktadırlar. Bu hastalar antikoagulan ilaçların yan etkilerini ve önleyici girişimlerini bilmeleri gerekmektedir. Bu girişimlerin hastaların kendilerini travmalardan korumalarını, ufak kesikler sonrasında kanama sürelerine dikkat etmelerini, dış tedavilerinde aldığı tedaviden doktorun haberdar edilmesini, hastanın üzerinde antikoagulan tedavi aldığı belirten kart ya da bilezik taşımalarını gerektirmektedir (Zaybak, 1999; Duran, 2004). Hastaların ilaçlarını uygun zaman dilimleri içinde ve doğru zamanda ve doğru dozda almaları, olabilecek yan etkilerini bilmeleri, uygun şartlarda saklamaları, ilaçları bitmeden yenisini temin etmeleri, ilaçlarını aksatmamaları, tedavinin sürekliliği ve dolayısıyla beklenen etkinin alınmasında etkin olacaktır (Black ve Jacobs, 1993; Hacıoğlu ve Özer, 2005; Ay, ve Ertem 2007).

b. Ağrının Kontrolü

Açık kalp ameliyatı sonrası omuz, sırt ve göğüs bölgelerinde sık görülen ağrıların tamamen kaybolması birkaç ay sürebilir. Hastaların taburcu olduktan sonraki dönemde ağrı azalsa da ameliyat kesisinin bulunması, hastanın günlük aktiviteleri sırasında insizyon bölgesinin gerilmesi, derin solunum ve öksürme egzersizleri, hastanın insizyon bölgesini zorlayacak pozisyon alması ve insizyon bölgesinin travmaya maruz kalması gibi sebeplerden dolayı hastalar ağrı yaşayabilmektedir (Zaybak, 1999; Duran, 2004; Ay ve Ertem, 2007).

Hastaların ağrı problemini daha az yaşamaları için insizyon bölgesinin her türlü zorlanma ve travmadan korunması son derece önemlidir. Hastalar derin solunum ve öksürme egzersizleri sırasında ağrı duyuyorlarsa ve bu ağrı kendilerini rahatsız ediyor ve solunum egzersizi yapmalarını engelliyorsa ağrı kesici ilaç aldıktan sonra egzersiz yapmalarının, derin solunum ve öksürme egzersizleri sırasında insizyon bölgesinin

küçük bir yastık vb. ile desteklenmesinin ağrı üzerine yararı olacaktır. Hastalar doktorun önerdiği ilaç dışında başka ilaç almamalıdır. Ağrı yönetiminde yürüyüş, televizyon izleme, müzik dinleme, düşünme, hoşlanılan uğraşlarla zaman geçirme gibi ilaç dışı yöntemler de kullanılabilir (Black ve Jacobs, 1993; Hacıoğlu ve Özer, 2005).

c. Yara Bakımı

Ameliyat sonrası dönemde insizyon bölgelerinde gerginlik, ağrı ya da hissizlik olabilir. İnsizyon bölgesi çevresindeki cilt hafif kırmızı ya da nekroze görülebilir. Bu tür etkiler zamanla düzelecektir (Duran, 2004). İnsizyon bölgesi herhangi bir kızarıklık, açılma, akıntı, kötü koku, şişlik ve ateş gibi enfeksiyon belirti ve bulguları yönünden günlük olarak kontrol edilmelidir. Bunlardan herhangi birinin varlığı doktorun haberdar edilmesini gerektirir. Yara iyileşmesini hastanın yaşı, sigara içmesi, obezite, diabet, anemi, stres, uzun süre ameliyatta kalma, cerrahi teknik, oksijen basıncı, kan akımı ve drenler gibi pek çok faktör etkilemektedir. Ancak ameliyat bölgesinin iyileşmesi ortalama olarak 6-8 haftada olmaktadır. Bu süre içinde zorlayıcı hareketlerden kaçınılması, araba kullanılmaması, ağır eşya kaldırma, itme çekme gibi hareketlerden kaçınılması gerekmektedir. Ayrıca göğüs bölgesine gelebilecek herhangi bir kuvvetli darbeden korunma son derece önemlidir. Hastaların pamuklu ve kuru giysiler giymesi insizyon bölgesinden olabilecek sızıntıları emmesi açısından önemlidir (Black ve Jacobs, 1993; Hacıoğlu ve Özer, 2005).

d. Ödemin Önlenmesi

Özellikle hastanın damar alınan kolunda ya da bacağında ödem olacaktır ve bu durum birkaç ay sürebilir. Ödemi önlemek için uzun süreli oturma ve yatma durumunda kol ya da bacak, kalp seviyesinden yukarıda olacak şekilde yükseltilmeli ve uzun süre hareketsiz kalmamalıdır (Öztekin, 1999; Özhan, 2003). İyileşme döneminde ödemi engellemek için varis çorabı, önerilen süre ve şekilde kullanılmalıdır (Zaybak, 1999; Özhan, 2003; Duran, 2004).

Varis çorabı genellikle ameliyattan sonraki ilk 6 ay boyunca giyilir. Eğer ayaktaki şişlik bu süreden sonrada devam ediyorsa varis çorabını devamlı giymesi önerilir. Ameliyattan sonraki ilk 1 aylık dönemde göğüs kemiğinin korunması amacıyla varis çorabını bir başkasının giydirmesi önerilmelidir (Culligan, 1990; Öztekin, 1999; Aydın, 2000; Us, 2007).

e. Enfeksiyonun Önlenmesi

Hastaya insizyon yerlerini olası enfeksiyon belirtilerine yönelik günde iki kez gözlemesi ve yara yerinin renginde değişim ve dokunu ısısında artış, şişlik, hassasiyet, akıntı, beden ısısının 38 °C'den fazla olması halinde hastaneye başvurması söylenir. (Black ve Jacobs, 1993; Öztekin, 1999; Bcoher ve ark., 2006).

f. Beslenme ve Boşaltım

İştahsızlık açık kalp ameliyatları sonrası sık karşılaşılan sorunlardandır. Bununla birlikte İştahsızlık tamamen geçici bir durum olup hastanın iştahının tam olarak geri dönmesi birkaç hafta alabilir (Us, 2007).

Açık kalp ameliyatı sonrası hastalara kolesterol ve sodyumdan düşük diyet önerilir. Hastanın günlük enerji gereksinimi hesaplandıktan sonra her hastaya uygulanacak günlük diyet enerjinin %50-55' karbonhidratlardan, %30-35'i yağlardan, %10- 15'i proteinden sağlanacak şekilde ayarlanmalıdır (İgnatavicus, 1995; Aydın, 2000). Bu kapsamda hangi yiyecekleri tüketebilecekleri hangilerinden uzak durmaları gerektiği açıklanmalıdır. Örneğin hastalara kalorisi fazla olan; tereyağ, yağlı peynirler, krema, kaymak, sakatat, pastırma, kızartmalar vb. yememeleri; bunların yerine yağsız yada yağ oranı düşük besinler; meyve, sebze; fındık, tavuk, balık gibi besinleri yemeleri önerilebilir (Hacıoğlu ve Özer, 2005). Lifli gıdalar özellikle yüksek kolesterolü kişilerde önerilmektedir. Yulaf ürünleri, tam pirinç (kepekli), kuru baklagiller, tam ekmek, sebzeler, meyveler liflerden zengin gıdalardır (Culligan, 1990; Aydın, 2000; Duran, 2004).

Hastaların ameliyattan önce aç kalmaları, ameliyattan sonra birkaç gün normal beslenememeleri, hareketsizlik ve kullanılan ilaçlara bağlı olarak kabızlık olabilir. Ayrıca konstipasyon için kullanılan ilaçlara ya da alınan gıdalara bağlı olarak diyare gelişebilmektedir (Aydın, 2000; Duran, 2004). Bu durumlara uygun olacak şekilde beslenme içeriği düzenlenmelidir (Culligan, 1990; Aydın, 2000; Hacıaloğlu ve Özer, 2005).

f. Egzersiz

Egzersiz ameliyat sonrası hastalarda psikolojik ve sosyal fonksiyonları arttırdığı ve göğüs ağrısı belirtilerini azalttığı için önemlidir. Egzersiz yapmanın amacı, egzersiz yapabilme kapasitesini arttırmak, kas güçsüzlüğünü ve kanın pıhtılaşmasını önlemektir (Duran, 2004). Son yıllarda, koroner bypass cerrahisinde, egzersiz eğitiminin kişinin emosyonel durumu üzerinde yaptığı etkiler konusunda araştırmalar bulunmaktadır. Egzersizin anksiyete ve depresyonu azalttığı belirtilmektedir (Kunduracılar, 1991; Hacıaloğlu ve Özer, 2005). Egzersiz programı belirlenirken, hastanın egzersiz sırasında yorgunluk durumu ve kalp atışları değerlendirilmeli, hasta tolere edebileceği egzersizleri belirli aralıklarla dinlenerek yapmaya özendirilmelidir. (Kunduracılar, 1991;Duran, 2004; Hacıaloğlu ve Özer, 2005).

Yürüyüş tüm vücut ve kalp kasında dolaşımı arttıracığından, önerilebilecek en iyi egzersizdir. Yürüyüş mesafesi her gün yavaş yavaş arttırılarak haftada 500 metre, 2 ay sonunda da 4-5 km' ye çıkarılabilir (İgnatavicus,1995; Duran, 2004). Egzersiz kişinin kendini iyi hissettiği zamanlarda, açken veya yemekten iki saat sonra, yeterli sıvı alınarak, çok sıcak, nemli ve aşırı güneşli olmayan ortamda, rahat elbise ve ayakkabı ile yapılmalı, yavaş başlamalı ve yavaş sonlandırılmalıdır. Kişi egzersiz öncesi sırası ve sonrası nabzını kontrol etmelidir. Herhangi bir aktivite sırasında, solunum yetersizliği, yorgunluk, baş ağrısı, baş dönmesi, göğüste ağrı ya da baskı hissi, çarpıntı yaygın terleme, yapılan egzersizin tolere edilemediğinin göstergeleridir. Bu belirtiler ortaya çıktığında hasta dinlenmelidir. Eğer dinlenmekle geçmiyorsa hekime başvurmalıdır (Kunduracılar, 1991;Duran, 2004; Hacıaloğlu ve Özer, 2005).

Hızlı bir iyileşme için egzersiz kadar dinlenmekte gereklidir. Yemeklerden sonra 20-30 dakika oturup dinlenilmelidir Hasta egzersiz ve dinlenme arasındaki dengeyi sürdürmeyi öğrenmelidir (Hacıalıoğlu ve Özer, 2005). İki ay boyunca yaklaşık 5 kg'dan ağır yük kaldırmamalı ve itme ve çekme hareketlerini yapmamalıdır. Hasta oturup kalkarken ağırlığını kollarına vermemeli, kollarını yalnızca dengeyi sağlamak için kullanmalıdır (Duran, 2004; Hacıalıoğlu ve Özer, 2005).

h. Hijyene Yönelik Uygulamalar

Açık kalp ameliyatından sonra hastalar genellikle yara yerinin enfekte olabileceği ya da banyo yaparken düşecekleri endişesiyle birkaç hafta banyo yapmaktan kaçınmaktadır. Ameliyat kesi yerinde, problem yoksa ilk günler silme şeklinde, bir hafta sonra da birisinin yardımıyla banyo yapabileceği hastalara söylenmelidir. Hastalara baş dönmesi ve bitkinliğe neden olacağından banyoda sıcak su kullanmaması, insizyon bölgesini parfümsüz bir sabun ve su ile ovmadan yumuşak hareketlerle günlük olarak yıkayabileceği söylenmelidir (Aydın, 2000; Duran, 2009).

i. Cinsel Yaşam

Açık kalp cerrahisi sonrası hastalara, cinsel yaşama ilişkin endişelerin normal olduğu açıklanmalıdır. Cinsel ilişkiye başlama normal hayata geri dönüşün bir parçasıdır. Hastalara ameliyattan 4-6 hafta sonra cinsel ilişkiye girebilecekleri belirtilmeli ve cinsel yaşama başlama kriterlerinden birinin iki kat merdiveni zorlanmadan çıkabilmesi olduğu açıklanmalıdır. İki kat merdiven çıkma ve cinsel ilişkide miyokardial oksijen gereksiniminin eşit olduğu saptanmıştır. Cinsel ilişki sırasında sternumu germeyecek ve yorucu olmayan pozisyonların tercih edilmesi gerekmektedir. Ayrıca olağan dışı bir yerde veya değişik bir partner ile gerçekleştirilen eylemin normalden daha fazla strese yol açacağı, katekolamin salımının ve miyokardial oksijen tüketiminin artacağı, bunların sonucunda da kardiyak bir olayın tetiklenebileceği düşünölebilmekte ve bu tür ilişkilerden kaçınılması önerilmektedir. Hastalar, ilişki sırasında gelişen anjina, aşırı yorgunluk, uzamış dispne, ilişki sonrası 10

dakikadan daha fazla süren çarpıntı hissettikleri takdirde hekime başvurmaları yönünde uyarılmalıdır (Zaybak, 1999; Aydın, 2000; Duran, 2004; Yıldız, 2004).

j. Acil Durumlar

Açık kalp ameliyatı sonrası taburcu olduktan sonra hastaların hastaneye başvurmalarını gerektiren durumlar aşağıda yer almaktadır:

- Ameliyat öncesi ağrılara benzeyen göğüste, omuzda, boyunda veya çenede dinlenmeye ve dil altı hap almaya rağmen geçmeyen ağrı, nefes darlığı ile birlikte olan çarpıntı,
- Dinlenmekle geçmeyen nefes darlığı,
- Günde 1-1.5 kg dan fazla kilo artışı,
- Görmede ani değişiklikler,
- Kolda ve bacakta ani güç kaybı,
- Bayılma hissi,
- Çok yavaş, hızlı veya düzensiz kalp atışları,
- 38°C dereceyi geçen vücut ısısı,
- İdrar yapmakta zorlanma ve kanlı idrar,
- Makattan taze kan gelmesi, katran kıvamında büyük tuvalete çıkma,
- Kahve telvesi şeklinde kusma,
- İnsizyon bölgesinde inflamasyon belirtilerinin (akıntı, kızarıklık, ödem, ısı artışı) olması (Zaybak, 1999; Aydın, 2000; Öztekin, 2003; Duran, 2004).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma açık kalp ameliyatı olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiş, tanımlayıcı türden kesitsel bir çalışmadır.

3.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma Başkent Üniversitesi Hastanelerinden Ankara, Adana ve Konya illerindeki hastanelerde yapılmıştır. Başkent Üniversitesi'nin seçilmesindeki gerekçe, bu kuruma bağlı üç büyük hastanede yılda çok sayıda açık kalp ameliyatının gerçekleştirilmesi nedeniyle çalışmanın veri toplama sürecinde daha fazla hastaya ulaşabilmek imkanındır. Çalışmanın planlanma sürecinde, 2010 tarihinde elde edilen verilere göre;

- Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi 9 yataklıdır ve yılda ortalama 600 açık kalp ameliyatı gerçekleştirilmektedir, üniteye 6 hemşire 8 doktor çalışmaktadır. Bu hastanede hastalara taburculuk eğitimi hemşire, hekim ve diyetisyen tarafından verilmektedir.
- Başkent Üniversitesi Adana Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi 13 yataklıdır ve yılda ortalama 1000 açık kalp ameliyatı gerçekleştirilmektedir ve üniteye 10 hemşire 5 doktor çalışmaktadır. Bu hastanede hastalara taburculuk eğitimi hemşire tarafından verilmektedir.
- Başkent Üniversitesi Konya Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi 4 yataklıdır ve yılda ortalama 140 açık kalp ameliyatı gerçekleştirilmekte olup, üniteye 4 hemşire 2 doktor çalışmaktadır. Bu hastanede hastalara taburculuk eğitimi hemşire ve hekim tarafından verilmektedir.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 15 Şubat – 1 Temmuz ayları arasında Başkent Üniversitesi Ankara, Adana ve Konya hastanelerinde açık kalp ameliyatı olan hastalar oluşturmaktadır. Önceki yıllarda belirtilen tarihler arasında üç hastanede ortalama 445 hastanın açık kalp ameliyatı olduğu saptanmıştır. Çalışmanın örnekleme, evreni bilinen örneklem hesaplama yöntemi ile belirlenmiştir.

$$n_0 = \frac{Nt^2 pq}{d^2(N-1) + t^2 pq} = \frac{445(1.965)^2 0.5 * 0.5}{0.05^2(445-1) + (1.965)^2 0.5 * 0.5} = 207$$

%95 olasılıkla 444 Serbestlik Dereceli %5 Çift Taraflı t Tablo Değeri=1,965

p=0,5 q=0,5

N=Populasyondaki birim sayısı

p=İncelenecek olayın görüş sıklığı

q=İncelenecek olayın görülme sıklığı

t=Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer.

d=Olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2005.)

Araştırmanın örneklemini 15 Şubat - 1 Temmuz 2011 ayları arasında belirtilen üç hastanede açık kalp ameliyatı olan; çalışmaya katılmayı kabul eden, görme ve işitme kaybı; konfüzyon, demans gibi anlama ve algılama problemleri olmayan ve Türkçe bilen hastalar oluşturmuştur. Bu özellikleri taşıyan 251 erişkin hastaya ulaşılabilmektedir. Ancak araştırma kapsamına soru formunu tam olarak doldurmayan 13 hasta alınmamış olup araştırmanın örneklemini 238 erişkin hasta oluşturmuştur.

3.3. Verilerin Toplanma Süreci

3.3.1 Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verilerinin araştırmacı tarafından oluşturulan bir hasta tanıtım formu (EK- I) ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (EK- II) ile toplanmıştır.

- a. **Hasta tanıtım formu:** Literatürden yararlanılarak oluşturulan bu formda hastaların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvencesi, mesleği, gelir seviyesi gibi), 9 soru, hastalık durumu ve cerrahiye yönelik 19 soru yer almaktadır.
- b. **Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ):**Bu ölçek, hastaların taburculukta bilgi gereksinimlerini belirlemek için 1990 yılında Bubela, Galloway, McCay, McKibbon, Nagle, Pringle, Ross ve Shamian tarafından geliştirilmiştir. Galloway, Bubela, McKibbon, McCay, Ross & Nagle (1998) tarafından yapılan revizyon çalışmasında ölçek 250 dahiliye hastasına uygulanmış ve beş alt boyut güçlü bir faktör yükü ortaya koymuştur. Ölçek 50 maddeden oluşmaktadır. Ölçek alt boyutları; toplum ve izlem, ilaçlar, tedavi ve yaşam aktiviteleri, komplikasyonlar ve semptomlar, hastalığa ilişkin kaygılardan oluşmaktadır. Ölçeğin revizyon çalışması sonrası cronbach alpha katsayısı toplam ölçek için 0.95 ve beş alt boyut için 0.76-0.91 olarak bulunmuştur.

Tablo 3.1. HÖGÖ alt ölçekleri ve tanıtıcı özellikleri

Ölçek ve alt Ölçekler	Madde sayısı	Madde numaraları	Alınabilecek en düşük ve en yüksek değer
Toplum ve izlem	6	6,9,22,31,36,41	6-30
İlaçlar	8	3,8,16,18,37,39,44,45	8-40
Yaşam aktiviteleri	9	2,5,14,17,27,28,29,30,48	9-45
Duruma ilişkin duygular	5	7,24,32,35,42	5-25
Tedavi ve komplikasyonlar	9	1,4,10,19,20,23,26,38,47	9-45
Yaşam kalitesi	8	11,13,15,21,34,40,46,50	8-40
Cilt bakımı	5	12,25,33,43,49	5-25
Toplam	50		50-250

HÖGÖ ve alt ölçeklerin madde sayısı, madde numaraları ve ölçek ve alt ölçeklerden alınabilecek en düşük ve en yüksek değerlere ilişkin bilgiler Tablo 3.1’de gösterilmiştir. Ölçek maddeleri likert tipi ölçekleme yöntemi ile “1= önemli değil”, “2= biraz önemli”, “3= ne az ne çok önemli”, “4= çok önemli”, “5= son derece önemli” şeklinde değerlendirilmektedir. Buna göre hastalardan taburculuk öncesi eve gönderilmeden bilgi gereksinimlerini ve önceliklerini en iyi tanımlayan seçeneği seçmeleri istenmektedir. Ölçeğin değerlendirmesi her bir alt boyut ve ölçek toplam puanı üzerinden yapılmaktadır. Ölçek sonucunda elde edilen puanlar 50-250 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın artması hasta öğrenim gereksiniminin arttığını göstermektedir.

Ölçek ve alt ölçek puanları; toplam ölçek ve tüm alt ölçeklerin soru sayısına bölünerek, 1 ile 5 arasında önemlilik düzeyine göre, “1= önemli değil”, “2= biraz önemli”, “3= ne az ne çok önemli”, “4= çok önemli”, “5= son derece önemli” şeklinde yorumlanmaktadır.

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'deki geçerlilik güvenilirlik çalışması Çatal (2007) tarafından yapılmış olup kendisinden ölçeğin kullanılabilirliği için izin alınmıştır (EK-IV). Ölçeğin ülkemizde yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmasında cronbach alpha değerleri Tablo 3.2.'de verilmiştir.

Tablo 3.2. HÖGÖ'nun Türkiye'deki güvenilirlik sonuçları (2007)

Alt ölçekler	Cronbach Alfa
İlaçlar	0.88
Yaşam Aktiviteleri	0.84
Toplum ve İzlem	0.85
Duruma İlişkin Duygular	0.79
Tedavi ve Komplikasyonlar	0.83
Yaşam Kalitesinin Arttırılması	0.85
Cilt Bakımı	0.69
Toplam	0.95

Tablo 3.3. Bu çalışmada HÖGÖ ve alt ölçeklerinin Cronbach Alfa değerleri (N=238)

Alt Ölçekler	Madde sayısı	Cronbach Alfa Değerleri (α)
İlaçlar	8	0.77
Yaşam Aktiviteleri	9	0.76
Toplum ve İzlem	6	0.77
Duruma İlişkin Duygular	5	0.78
Tedavi ve Komplikasyon	9	0.77
Yaşam Kalitesi	8	0.76
Cilt bakımı	5	0.79
Toplam	50	0.95

Bu çalışmada Tablo 3.3 'te görüldüğü gibi; toplam ölçek için cronbach alfa değeri 0.95 iken, alt ölçeği oluşturan ilaçlar için 0.77, yaşam Aktiviteleri için 0.76, toplum ve İzlem için 0.77, duruma ilişkin duygular için 0.78, tedavi ve komplikasyonlar için 0.77, yaşam kalitesinin artırılması için 0.76 ve cilt Bakımı için 0.79 olarak hesaplanmıştır.

3.3.2. Çalışmanın Ön Uygulaması

Soru formlarının örneklem için uygunluğunu belirlemek amacı ile her üç hastaneden seçilen dört, toplamda 12 hastaya ön uygulaması yapılmıştır. Ön uygulama sonuçlarına göre soru formu üzerinde değişiklik yapılmasına gerek duyulmamıştır. Ön uygulamaya kapsamındaki hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.3.3. Verilerin Toplanması

Araştırmacının Başkent Üniversitesi Konya Hastanesi'nde çalışması nedeni ile bu hastanede veriler araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri toplama sürecinde Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Ünitesi'nden örnekleme alınan hastaların verilerinin toplanması için bu üniteye çalışan hemşirelerden ve Başkent Üniversitesi Adana Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Ünitesi'nde ise anketör olarak bir öğrenci hemşireden yardım alınmıştır. Verileri toplayan bu kişilere daha önceden çalışma anlatılmış ve soru formları tanıtılmıştır. Hastalara öncelikle çalışma ve amacı açıklanmış daha sonra soru formları verilmiştir. Tek başına doldurmakta zorlanan hastalara yardımcı olunmuştur. Hastaların veri toplama araçlarını cevaplamaları ortalama 20-25 dakika sürmüştür. Veriler hastalar taburcu olmadan ortalama 24-48 saat önce toplanmıştır. Ameliyat sonrası dönemde hastalar ortalama 9.82 ± 4.3 (min=3, max=21) gün hastanede bulunmuşlardır.

3.3.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada edilen veriler, bilgisayarda Statistical Package for Social Science (SPSS 16,0) programına aktarılmış ve tanımlayıcı (ortalama, yüzde) ve verilerin

normal dağılıma uyma durumu analiz edilmiş ve normal dağılıma uymayan veriler için nonparametrik ve normal dağılıma uyanlar için parametrik testler kullanılmıştır. İki den fazla grupların karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunması durumunda farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz yöntemlerine başvurulmuştur. Bu kapsamda T testi, Varyans Analizi, Tukey, Tukey hsd, Kruskal Wallis, Mann- Whitney-U testleri kullanılmıştır.

3.4. Araştırmanın Etik Yönleri

Çalışmanın etik ve bilimsel yönden uygunluğunun değerlendirilmesi için Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu'nun ve Başkent Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'un onayına başvurulmuştur. Etik Kurul No: KA11/02 (EK- III).

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmada zaman faktörü dikkate alınarak veri toplama aşaması dört ay ile sınırlandırılmak durumunda kalmıştır. Araştırmacı çalışmanın yapıldığı tarihlerde Başkent Üniversitesi Konya Hastanesi'nde verileri topladığı için diğer illerde hemşire ve anketör hemşirelik öğrencisinden yardım almak durumunda kalmıştır.

4. BULGULAR

4.1.Hastaların Demografik ve Tanımlayıcı Özellikleri

Bu bölümde hastaların demografik özelliklerinin, hastaların hastane deneyimlerine ve hastalık durumlarına ilişkin özelliklerinin, hastalara uygulanan cerrahi girişim ve özelliklerinin dağılımı ve hastaların taburculuk eğitimi alma durumları ve eğitimin etkinliğine yönelik verilerin dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hastaların demografik özelliklerinin dağılımı (N=238)

Özellikler	Sayı	%
Hastane Adı		
Ankara B Ü Hastanesi	57	23.9
Adana B Ü Hastanesi	127	53.4
Konya B Ü Hastanesi	54	22.7
Cinsiyet		
Kadın	104	43.7
Erkek	134	56.3
Yaş		
18-45yaş	53	22.3
46-65 yaş	120	50.4
66-85	65	27.3
Medeni Durum		
Bekar	43	19.1
Evli	195	81.9
Eğitim Durumu		
İlkokul ve altı	98	41.2
Ortaokul	55	23.1
Lise	47	19.7
Üniversite	38	16.0

Gelir durumu		
Gelir Giderden Az	88	37.0
Gelir Gidere Eşit	126	52.9
Gelir Giderden Fazla	24	10.1
Yaşadığı Yer		
Şehir merkezi	106	44.5
İlçe	77	32.4
Köy	55	23.1
Mesleği		
Emekli	34	14.3
Memur	52	21.8
İşçi	20	8.4
Serbest	58	24.4
İşsiz	74	31.1
Toplam	238	100.0

Tablo 4.1’de, açık kalp ameliyatı gerçekleştirilen hastaların demografik özellikleri yer almaktadır. Hastaların % 23.9’u Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi’nden, % 53.4’ü Adana Başkent Üniversitesi Hastanesi’nden, ve %22.7’si Konya Başkent Üniversitesi Hastanesi’nden çalışmaya katılmış; % 56.3’ü erkek, % 50.4’ü 46-65 yaş grubunda ve yaş ortalamasının $\bar{x}=55.88 \pm 13.49$ (en az:18 , en fazla:84) olduğu belirlenmiştir. Hastaların %81.9’unun evli, %38.7’sinin ilkokul mezunu ve %16’sının üniversite mezunu olduğu; %44.5’nin şehir merkezinde yaşadığı; %52.9’unun gelir ve gider düzeyinin eşit olduğu belirlenirken ve % 37.5’inin gelirinin giderinden daha az olduğu ortaya konulmuştur. Tabloda yer almamakla birlikte hastaların tamamına yakınının(%97.9) sosyal güvencesi bulunmaktadır.

Tablo 4.2. Hastaların daha önceki hastane deneyimlerine ve eşlik eden hastalık bulunma durumları

Daha Önce Hastaneye Yatma Deneyimi	Sayı	%
Var	132	55.5
Yok	106	44.5
Eşlik eden Hastalıklarının Olma Durumu		
Var	100	42.0
Yok	138	58.0
Toplam	238	100.0

Tablo 4.2’de hastaların hastane deneyimlerine ve hastalık durumlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Hastaların % 55.5’inin daha önceden hastaneye yatma deneyiminin olduğu, %58’inin herhangi başka bir hastalığının olmadığı saptanmıştır. Hastaların mevcut tanılarına ek olarak %42’sinde hipertansiyon, %24’inde diyabetes mellitus, % 14’ünde solunum sistemi hastalıkları (KOA, astım), %8’inde üriner sistem hastalıkları (kronik böbrek yetmezliği, prostat hipertrofisi) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Hastalara uygulanan cerrahi girişim ve özelliklerinin dağılımı

Cerrahi Tipi	Sayı	%
KABG*	109	45.8
Kapak	116	48.7
KABG*+Kapak	13	5.5
Komplikasyon Gelişme Durumu		
Evet	51	21.4
Hayır	187	78.6
Toplam	238	100.0

*Koroner arter bypass greft

Hastaların % 48.7'sine kalp kapaklarına yönelik cerrahi girişim gerçekleştirilmişken, %45.8'ine koroner arter bypass greft (KABG) ameliyatı gerçekleştirilmiştir. Hastaların %21.4'ünde ameliyat sonrası komplikasyon geliştiği saptanmıştır. Tabloda yer almamakla birlikte ameliyat sonrası komplikasyon gelişen 51 hastanın % 33.3'ünde (n=17) enfeksiyon, %25.5'inde (n=13) solunum sıkıntısı, % 11.7'sinde (n=6) böbrek fonksiyonlarında bozulma, %11.7'sinde (n=6) anksiyete, depresyon ve panik atak gibi ruhsal sorunlar ve %9'unda akciğer ödeminin (n=5) ortaya çıktığı belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Hastaların taburculuk eğitimi alma durumları ve eğitimin etkinliğine yönelik görüşlerinin dağılımı

Taburculuk Eğitimi Alma Durumu	Sayı	%
Evet	205	86.1
Hayır	33	13.9
Toplam	238	100
Taburculuk Eğitimini Veren Kişi (n=205)		
Hemşire	184	90.0
Doktor	19	9.0
Diyetisyen	1	0.5
Fizyoterapist	1	0.5
Eğitimi yeterli bulma durumu		
Yeterli	172	84.0
Kısmen Yeterli	28	13.6
Yetersiz	9	4.4
Toplam	205*	100

* Taburculuk eğitimi alan hastalar

Tablo 4.4'te hastaların taburculuk eğitimi alma durumları ve eğitimin etkinliğine yönelik verilerin dağılımı yer almaktadır. Hastaların %86.1'inin taburculuk eğitimi aldığı ve bu hastaların %90'ının eğitimi hemşireden aldıkları belirlenmiştir. Taburculuk

eğitimi alan hastaların %84'ü bu eğitimi yeterli bulduklarını ifade etmişlerdir. Hastalara aldıkları taburculuk eğitiminde yeterli bulmadıkları konulara yönelik hiçbir hasta açıklama yazmamıştır. Tabloda yer almamakla birlikte hastaların %96.6'sı taburcu olduklarında evde bakımlarını destekleyecek yakını/yakınları olduğunu belirtmişlerdir.

4.2. Hastaların HÖGÖ'ya ilişkin bulguları

Bu bölümde HÖGÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının ve HÖGÖ'nun hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır.

Tablo 4.5. HÖGÖ* ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarının dağılımı

Alt Ölçekler	Ortalama	S.D.	Min	Max	Alınabilecek min.-max puan
İlaçlar	36.13 (4.51)	4.37	14	40	8-40
Yaşam Aktiviteleri	39.77 (4.41)	5.15	24	45	9-45
Toplum ve İzlem	25.98 (4.33)	4.05	6	30	6-30
Duruma İlişkin Duygular	21.28 (4.25)	3.72	6	25	5-25
Tedavi ve Komplikasyon	40.68 (4.52)	4.65	17	45	9-45
Yaşam Kalitesi	36.18 (4.52)	4.30	12	40	8-40
Cilt bakımı	21.97 (4.39)	3.00	11	25	5-25
Toplam Ölçek	222.0 (4.44)	26.36	101	250	50-250

* Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği

Tablo 4.5 'te, HÖGÖ ve alt ölçeklerden alınan puanların ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Ölçekten alınan toplam madde puan ortalamasının 222 ± 26.36 olduğu, alt ölçeklerden alınan puanların ortalamasının ise 21.28 ± 2.65 ile 40.68 ± 4.65 arasında deđiştđđi belirlenmiştir. Ölçeğin alt ölçeklerinden alınan puan ortalamalarının madde sayısına bölünmesi ile elde edilen "önem düzeyine" göre hastaların sırasıyla alt ölçeklerden aldıkları en yüksek puanlar; "tedavi ve komplikasyonlar" ve "yaşam kalitesi" için 4.52 ve "ilaçlar" için 4.51 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin likert

yapılanmasına göre 4.5 değeri “çok önemli” ile “son derece önemli” kategorileri arasında yer almaktadır. Hastaların alt ölçeklerden aldıkları en düşük puan ise “duruma ilişkin duygular” için 4.25 ve “toplum ve izlem” için 4.33 olarak hesaplanmıştır. Benzer şekilde ölçeğin likert yapılanmasına göre 4.25-4.33 değeri “çok önemli” ile “son derece önemli” kategorileri arasında yer almaktadır.

Tablo 4.6. Hastaların yattıkları hastanelere göre HÖGÖ madde toplam puan ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarının dağılımı

Alt Ölçekler	BÜ Ankara Hastanesi	BÜ Adana Hastanesi	BÜ Konya Hastanesi	F değeri P Değeri
	$\bar{X}\pm SD$ (n=57)	$\bar{X}\pm SD$ (n=127)	$\bar{X}\pm SD$ (n=54)	
İlaçlar	33.67±4.55	38.06±2.87	34.19±4.99	F=34.041 P=0.000
Yaşam aktiviteleri	36.96±4.50	41.53±4.74	38.61±5.16	F=19.931 P=0.000
Toplum ve izlem	24.58±3.56	27.53±2.99	23.83±5.13	F=24.149 P=0.000
Duruma ilişkin duygular	20.09±3.25	22.73±2.71	19.13±4.70	F=26.073 P=0.000
Tedavi ve komplikasyonlar	38.02±5.09	42.39±3.42	39.50±5.07	F=23.255 P=0.000
Yaşam kalitesi	33.72±4.99	37.71±3.08	35.17±4.55	F=22.162 P=0.000
Cilt bakımı	20.77±2.95	22.83±2.47	21.22±3.57	F=12.568 P=0.000
Toplam Puan	207.81±26.29	232.77±19.48	211.65±29.52	F=28.326 P=0.000

Tablo 4.6’ da hastaların yattıkları hastanelere göre HÖGÖ’den aldıkları toplam puan ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. BÜ Ankara Hastanesi’nde yatan hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamaları 207.81±26.29, BÜ Adana Hastanesi’nde yatan hastaların HÖGÖ madde toplam puan ortalamaları 232.77±19.48, BÜ Konya Hastanesi’nde yatan hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamaları 211.65±29.52 olarak belirlenmiştir. Hastaların hastanelere göre HÖGÖ den aldıkları toplam puanlarının ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlıdır (p<0.05). Farkın hangi gruptan/gruplardan kaynaklandığını belirlemek için

yapılan ileri analizde; BÜ Adana Hastanesi ve BÜ Ankara Hastanesi ile BÜ Adana Hastanesi ve BÜ Konya Hastanesi'nde yatan hastaların HÖGÖ madde toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). BÜ Ankara Hastanesi ve BÜ Konya Hastanesi'nde yatan hastaların HÖGÖ madde toplam puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı değildir (Ek.Tablo 2).

BÜ Ankara Hastanesi'nde yatan hastaların HÖGÖ “ilaçlar” alt ölçek puan ortalamaları 33.67 ± 4.55 , BÜ Adana Hastanesi'nde yatan hastaların HÖGÖ ilaçlar alt ölçek puan ortalamaları 38.06 ± 2.87 , BÜ Konya Hastanesi'nde yatan hastaların HÖGÖ “ilaçlar” alt ölçek puan ortalamaları 34.19 ± 4.99 olarak belirlenmiştir. Hastaların hastanelere göre HÖGÖ “ilaçlar” alt ölçek puanlarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde BÜ Adana Hastanesi ve BÜ Ankara Hastanesi ile BÜ Adana Hastanesi ve BÜ Konya Hastanesi'nde yatan hastaların HÖGÖ “ilaçlar” alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Ek.Tablo 2).

Hastaların hastanelere göre HÖGÖ “yaşam aktiviteleri” alt ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları incelendiğinde; BÜ Ankara Hastanesi'nde yatan hastaların 36.96 ± 4.50 , BÜ Adana Hastanesi'nde yatan hastaların 41.53 ± 4.74 ve BÜ Konya Hastanesi'nde yatan hastaların 38.61 ± 5.15 olduğu belirlenmiştir. Hastaların hastanelere göre HÖGÖ yaşam aktiviteleri alt ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde sadece BÜ Adana Hastanesi ve BÜ Ankara Hastanesi ile BÜ Adana Hastanesi ve BÜ Konya Hastanesi'nde yatan hastaların HÖGÖ “yaşam aktiviteleri” alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Ek.Tablo 2).

BÜ Ankara Hastanesi'nde yatan hastaların HÖGÖ “toplum ve izlem” alt ölçek puan ortalamaları 24.58 ± 3.56 , BÜ Adana Hastanesi'nde yatan hastaların 27.53 ± 2.99 , BÜ Konya Hastanesi'nde yatan hastaların ise 23.83 ± 5.13 olarak hesaplanmıştır.

Hastaların hastanelere göre HÖGÖ toplum ve izlem alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde sadece BÜ Adana Hastanesi ve BÜ Ankara Hastanesi ile BÜ Adana Hastanesi ve BÜ Konya Hastanesi'nde yatan hastaların HÖGÖ "toplum ve izlem" alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur olduğu bulunmuştur (Ek.Tablo 2).

Ankara Hastanesi'nde yatan hastaların HÖGÖ "duruma ilişkin duygular" alt ölçeği puan ortalamaları 20.09 ± 3.25 , Adana Hastanesi'nde yatan hastaların HÖGÖ "duruma ilişkin duygular" alt ölçeği puan ortalamaları 22.73 ± 2.71 , Konya Hastanesi'nde yatan hastaların HÖGÖ "duruma ilişkin duygular" alt ölçeği puan ortalamaları 19.13 ± 4.70 olarak belirlenmiştir. Hastaların hastanelere göre HÖGÖ "duruma ilişkin duygular" alt grubu puanlarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde sadece BÜ Adana Hastanesi ve BÜ Ankara Hastanesi ile BÜ Adana Hastanesi ve BÜ Konya Hastanesi'nde yatan hastaların HÖGÖ "Duruma İlişkin Duygular" alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Ek.Tablo 2).

Hastaların hastanelere göre HÖGÖ "tedavi ve komplikasyonlar" alt ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları incelendiğinde; BÜ Ankara Hastanesi'nde yatan hastaların 38.02 ± 5.09 , BÜ Adana Hastanesi'nde yatan hastaların 42.39 ± 3.42 , BÜ Konya Hastanesi'nde yatan hastaların 39.50 ± 5.07 olduğu belirlenmiştir. Hastaların hastanelere göre HÖGÖ "tedavi ve komplikasyonlar" alt ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde sadece BÜ Adana Hastanesi ve BÜ Ankara Hastanesi ile BÜ Adana Hastanesi ve BÜ Konya Hastanesi'nde yatan hastaların HÖGÖ "tedavi ve komplikasyonlar" alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (Ek.Tablo 2).

BÜ Ankara Hastanesi'nde yatan hastaların HÖGÖ “yaşam kalitesi” alt grubu puan ortalamaları 33.72 ± 4.99 , BÜ Adana Hastanesi'nde yatan hastaların HÖGÖ yaşam kalitesi alt grubu puan ortalamaları 37.39 ± 3.08 , BÜ Konya Hastanesi'nde yatan hastaların HÖGÖ yaşam kalitesi alt ölçeği puan ortalamaları 35.17 ± 4.55 olarak belirlenmiştir. Hastaların hastanelere göre HÖGÖ “yaşam kalitesi” alt ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde sadece BÜ Adana Hastanesi ve BÜ Ankara Hastanesi ile BÜ Adana Hastanesi ve BÜ Konya Hastanesi'nde yatan hastaların HÖGÖ “Yaşam Kalitesi” alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Ek.Tablo 2).

BÜ Ankara Hastanesi'nde yatan hastaların HÖGÖ “cilt bakımı” alt ölçek puan ortalamaları 20.77 ± 2.95 , BÜ Adana Hastanesi'nde yatan hastaların 22.83 ± 2.47 , Konya Hastanesi'nde yatan hastaların 21.22 ± 3.57 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde sadece BÜ Adana Hastanesi ve BÜ Ankara Hastanesi ile BÜ Adana Hastanesi ve BÜ Konya Hastanesi'nde yatan hastaların HÖGÖ “cilt bakımı” alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Ek.Tablo 2).

Tablo 4.7. Hastaların yaşlarına göre HÖGÖ madde toplam puan ortalamalarının dağılımı

Yaş	Sayı(n)	Ortalama	S.D.	F değeri	P değeri
18-45	53	224.91	22.975	0.430	0.651
46-65	120	221.44	25.351		
66-85	65	220.66	30.678		
Toplam	238	222.00	26.367		

Tablo 4.7’ de hastaların yaş gruplarına göre HÖGÖ’den aldıkları toplam puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. 18-45 yaş grubundaki hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamaları 224.91 ± 22.97 , 46-65 yaş grubundaki hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamaları 221.44 ± 25.35 , 66-85 yaş grubundaki hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamaları ise 220.00 ± 26.36 olarak belirlenmiştir. Hastaların yaşlarına göre HÖGÖ den aldıkları puanlarının ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tablo 4. 8. Hastaların cinsiyetlerine göre HÖGÖ madde toplam puan ortalamalarının dağılımı

Cinsiyet	Sayı(n)	Ortalama	S.D.	t değeri	P değeri
Kadın	104	222.90	26.78	0.395	0.530
Erkek	134	221.30	26.11		

Tablo 4.8’ de hastaların cinsiyetlerine göre HÖGÖ’den aldıkları toplam puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Kadın hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamaları 222.90 ± 26.78 , erkek hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamaları ise 221.30 ± 26.11 olarak belirlenmiştir. Hastaların cinsiyetlerine göre HÖGÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4. 9. Hastaların medeni durumlarına göre HÖGÖ madde toplam puan ortalamalarının dağılımı

Medeni durum	Sayı(n)	Ortalama	S.D.	t değeri	P değeri
Bekar	43	224.63	28.39	0.215	0.643
Evli	195	221.42	25.93		

Tablo 4.9’da hastaların medeni durumlarına göre HÖGÖ’den aldıkları toplam puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Bekar hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamaları 224.63 ± 28.39 , evli hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamaları

221.42±25.93 olarak belirlenmiştir. Hastaların medeni durumlarına göre HÖGÖ'den aldıkları toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4. 10. Hastaların eğitim durumlarına göre HÖGÖ madde toplam puan ortalamalarının dağılımı

Eğitim	Sayı(n)	Ortalama	S.D.	F değeri	P değeri
İlkokul ve altı	98	217.27	29.85	1.834	0.142
Ortaokul	55	225.82	22.42		
Lise	47	225.49	22.25		
Üniversite	38	224.37	25.78		
Toplam	238	222.00	26.36		

Tablo 4.10'da hastaların eğitim durumlarına göre HÖGÖ madde toplam puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. En yüksek HÖGÖ madde toplam puan ortalamasının ortaokul ($\bar{X}=225.82\pm22.42$) ve Lise ($\bar{X}=225.49\pm22.25$) mezunlarının olduğu belirlenirken; en düşük HÖGÖ madde toplam puan ortalamasına sahip hastalar ise ilkokul ve altı mezunlarından ($\bar{X}=217.27\pm29.85$) oluşmaktadır. Hastaların eğitim durumlarına göre HÖGÖ'dan aldıkları toplam puanlarının ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Hastaların gelir-gider durumlarına göre HÖGÖ madde toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları

Alt Ölçekler	Geliri Giderden Az (n=88)	Geliri Giderine Eşit (n=126)	Geliri Giderden Fazla(n=24)	F değeri P Değeri
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	
Yaşam aktiviteleri	40.90±4.75	39.13±5.13	39.04±6.09	F=3.393 P=0.035
Duruma ilişkin duygular	22.39±3.49	20.71±3.66	20.25±4.04	F=6.574 P=0.002
Cilt Bakımı	22.64±2.89	21.58±2.92	21.62±3.52	F=3.453 P=0.033
Toplam Puan	227.92±28.12	218.35±24.67	219.46±25.46	F=3.616 P=0.028

Tablo 4.19’ da hastaların gelir-gider durumlarına göre HÖGÖ’den aldıkları toplam puanlarının ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Geliri giderinden az olan hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamaları 227.92±28.12, gelir gider durumu eşit olan hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamaları 218.35±24.67, geliri giderinden fazla olan hastaların ise HÖGÖ toplam puan ortalamaları 222.00±26.36 olarak belirlenmiştir. Hastaların gelir-gider durumlarına göre HÖGÖ den aldıkları toplam puanlarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde geliri giderinden az olan ve geliri giderine eşit olan hasta gruplarından kaynaklandığı ortaya konulmuştur. (p<0.05)

Hastaların gelir-gider durumlarına göre HÖGÖ’nün alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı da incelenmiştir. Gelir-gider durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan alt ölçeklerin sonuçları tabloda yer almaktadır. Diğer alt ölçeklerin sonuçları Ek.Tablo 3’de verilmiştir. Hastaların gelir-gider durumlarına göre HÖGÖ “yaşam aktiviteleri” alt ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; geliri giderinden az olan hastaların HÖGÖ yaşam aktiviteleri alt ölçeği puan ortalamaları 40.90±4.75, gelir gider durumu eşit olan hastaların 39.13±5.13, geliri giderinden fazla olan hastaların ise 39.04±6.09 olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Farkın hangi gruptan

kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde geliri giderinden az olan ve geliri giderine eşit olan hasta gruplarından kaynaklandığı ortaya konulmuştur. ($p<0.05$)

Gelir gider durumu az olan hastaların HÖGÖ “duruma ilişkin duygular” alt ölçeği puan ortalaması 22.39 ± 3.49 , gelir gider durumu eşit olanların $\bar{X}=20.71\pm3.66$, gelir gider durumu fazla olan hastaların ise $\bar{X}=20.25\pm4.04$ olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Gelir gider durumu az olan hastaların HÖGÖ “cilt bakımı” alt ölçeği puan ortalamaları 22.64 ± 2.89 , gelir gider durumu eşit olan hastaların $\bar{X}=21.58\pm2.92$, gelir gider durumu fazla olan hastaların ise $\bar{X}=21.62\pm3.52$ olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.12. Hastaların yaşadıkları yere göre HÖGÖ madde toplam puan ortalamalarının dağılımı

Yaşam yeri	Sayı(n)	Ortalama	S.D.	F değeri	P değeri
Şehir merkezi	106	221.58	26.91	0.197	0.821
İlçe	77	223.48	21.84		
Köy	55	220.73	31.08		
Toplam	238	222.00	26.36		

Tablo 4.12’ de hastaların yaşadıkları yere göre HÖGÖ’den aldıkları toplam puanların ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Şehir merkezinde yaşayan hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamaları 221.58 ± 26.91 , ilçede yaşayan hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamaları 223.48 ± 21.84 , köyde yaşayan hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamaları 220.73 ± 31.08 olarak belirlenmiştir. Hastaların yaşadıkları yere göre HÖGÖ den aldıkları toplam puanlarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olmadığı belirlenmiştir. ($p>0.05$).

Tablo 4.13. Hastaların mesleklerine göre HÖGÖ madde toplam puan ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı

Alt Ölçekler	Emekli (n=34)	Memur (n= 52)	İşçi (n=20)	Serbest (n=58)	İşsiz (n=74)	F değeri P Değeri
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	
İlaçlar	34.12±3.26	37.08±3.37	38.80±1.50	35.36±5.13	36.26±4.82	F=5.046 P=0.001
Yaşam aktiviteleri	38.21±4.08	39.88±5.44	42.80±2.72	39.29±5.83	39.97±5.06	F=2.748 P=0.029
Toplum ve izlem	24.85±3.35	26.75±3.25	28.75±1.77	25.33±4.65	25.73±4.43	F=4.106 P=0.003
Duruma ilişkin duygular	19.82±3.85	21.96±2.75	23.50±1.67	20.59±4.38	21.42±3.77	F=4.251 P=0.002
Tedavi ve komplikasyonlar	38.53±3.52	41.19±4.11	43.30±2.40	40.31±5.14	40.91±5.13	F=3.868 P=0.005
Yaşam kalitesi	34.79±3.57	36.67±3.68	38.55±2.11	35.40±4.63	36.43±4.88	F=3.226 P=0.013
Toplam Puan	211.41±20.56	225.88±22.92	238.85±11.60	217.79±29.80	222.88±28.53	F=4.313 P=0.002

Tablo 4.13’de hastaların mesleklerine göre HÖGÖ’den aldıkları madde toplam puanlarının ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Mesleği işçi olan hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamaları en yüksek ($\bar{X}=238.85\pm11.60$), emekli olan hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamaları ise en düşük ($\bar{X}=211.41\pm20.56$) olarak belirlenmiştir. Hastaların mesleklerine göre HÖGÖ den aldıkları toplam puanlarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Meslek gruplarının puan ortalamaları arasındaki farkın işçi ve emekli, işçi ve serbest meslek gruplarından kaynaklandığı ortaya konulmuştur.

Hastaların mesleklerine göre HÖGÖ “ilaçlar alt ölçeği” puan ortalamaları incelendiğinde; mesleği işçi olan hastaların HÖGÖ ilaçlar alt ölçeği puan ortalamaları en yüksek ($\bar{x}=38.80\pm1.50$), mesleği emekli olan hastaların HÖGÖ ilaçlar alt ölçeği puan ortalamaları ise en düşük ($\bar{X}=34.12\pm3.26$) olduğu saptanmıştır. Hastaların mesleklerine göre HÖGÖ ilaçlar alt ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Hastaların mesleklerine göre HÖGÖ “toplum ve izlem alt” ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; mesleği işçi olan hastaların HÖGÖ toplum ve izlem alt ölçeği puan ortalamalarının en yüksek ($\bar{X}=28.75\pm1.77$), mesleği emekli olan hastaların HÖGÖ toplum ve izlem alt ölçeği puan ortalamalarının ise en düşük ($\bar{X}=24.85\pm3.35$) olduğu saptanmıştır. Hastaların mesleklerine göre HÖGÖ “toplum ve izlem” alt ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Hastaların mesleklerine göre HÖGÖ “yaşam aktiviteleri” alt ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde ise mesleği işçi olan hastaların HÖGÖ yaşam aktiviteleri alt ölçeği puan ortalamaları en yüksek ($\bar{X}=42.80\pm2.72$), mesleği emekli olan hastaların HÖGÖ yaşam aktiviteleri alt ölçeği puan ortalamaları ise en düşük ($\bar{x}=38.21\pm4.08$) olduğu saptanmıştır. Hastaların mesleklerine göre HÖGÖ yaşam aktiviteleri alt ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Mesleği işçi olan hastaların HÖGÖ “duruma ilişkin duygular” alt ölçeği puan ortalamaları en yüksek ($\bar{X}=23.50\pm1.67$), mesleği emekli olan hastaların HÖGÖ duruma ilişkin duygular alt ölçeği puan ortalamalarının ise en düşük ($\bar{X}=19.82\pm3.85$) olduğu saptanmıştır. Hastaların mesleklerine göre HÖGÖ duruma ilişkin duygular alt ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Mesleği işçi olan hastaların HÖGÖ “tedavi ve komplikasyonlar” alt ölçeği puan ortalamaları en yüksek ($\bar{X}=43.30\pm2.407$), mesleği emekli olan hastaların HÖGÖ tedavi ve komplikasyonlar alt ölçeği puan ortalamaları ise en düşük ($\bar{X}=38.53\pm3.52$) olduğu saptanmıştır. Hastaların mesleklerine göre HÖGÖ tedavi ve komplikasyonlar alt ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Mesleği işçi olan hastaların HÖGÖ “yaşam kalitesi” alt ölçeği puan ortalamaları en yüksek ($\bar{X}=38.55\pm2.11$), mesleği emekli olan hastaların HÖGÖ yaşam kalitesi alt ölçeği puan ortalamaları ise en düşük ($\bar{X}=34.79\pm3.57$) olduğu saptanmıştır. Hastaların mesleklerine göre HÖGÖ “yaşam kalitesi” alt ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Diğer taraftan hastaların mesleklerine göre HÖGÖ cilt bakımı alt ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. ($p>0.05$).

Tablo 4. 14. Hastaların daha önce hastanede yatma deneyimlerine göre HÖGÖ madde toplam puan ortalamalarının dağılımı

Hastane deneyimi	Sayı(n)	Ortalama	S.D.	t değeri	P değeri
Var	132	220.85	24.73	0.873	0.351
Yok	106	223.43	28.32		

Tablo 4.14’de hastaların daha önce hastanede yatma deneyimlerine göre HÖGÖ’den aldıkları toplam puanlarının ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Hastanede yatma deneyimi olan hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamaları 220.85 ± 24.73 , hastanede yatma deneyimi olmayan hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamaları ise 223.43 ± 28.32 olarak belirlenmiştir. Hastaların daha önce hastanede yatma deneyimlerine göre HÖGÖ’den aldıkları toplam puanlarının ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tabloda gösterilmemekle birlikte hastaların daha önce hastanede yatma deneyimlerine göre HÖGÖ Alt ölçeklerinden aldıkları puanlar incelenmiş ve hastaların daha önce hastanede yatma deneyimlerine göre HÖGÖ “yaşam aktivitesi” alt ölçek puanlarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Hastanede yatma deneyimi olan hastaların HÖGÖ yaşam aktiviteleri alt ölçek puan ortalamaları 39.73 ± 4.74 , hastane deneyimi olmayan hastaların HÖGÖ yaşam aktiviteleri alt ölçek puan ortalamaları 39.83 ± 5.64 olarak belirlenmiştir. ($F = 5.115$, $p < 0.05$).

Tablo 4. 15. Başka hastalığa sahip olma durumuna göre HÖGÖ madde toplam puan ortalamalarının dağılımı

Başka Hastalık	Sayı(n)	Ortalama	S.D.	t değeri	P değeri
Var	100	224.08	24.46	1.250	0.265
Yok	138	220.49	27.65		

Tablo 4.15’te hastaların başka hastalığı olma durumlarına göre HÖGÖ’den aldıkları madde toplam puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Hastaların başka hastalığı olma durumlarına göre HÖGÖ toplam puan ortalamaları 224.08 ± 24.46 , başka hastalığı olmayan hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamaları 220.49 ± 27.65 olarak belirlenmiştir. Hastaların başka hastalığı olma durumuna göre HÖGÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4. 16. Hastalara uygulanan cerrahi girişimlere göre HÖGÖ madde toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı

Alt Ölçekler	KABG (n=109)	Kapak (n=116)	KABG+Kapak (n=13)	x ² =değeri* P Değeri
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	
İlaçlar	35.37±0.43	36.90±0.31	35.62±1.34	x ² =6.80 P=0.033
Toplum izlem	25.21±0.40	26.91±0.34	24.15±0.97	x ² =15.63 P=0.00
Yaşam aktiviteleri	38.99±0.50	40.66±0.44	38.38±1.57	x ² =7.40 P=0.025
Duruma ilişkin duygular	20.72±0.38	22.02±0.30	19.46±0.97	x ² =10.95 P=0.004
Tedavi ve komplikasyonlar	39.84±0.46	41.53±0.39	40.15±1.53	x ² =7.70 P=0.021
Yaşam kalitesi	35.56±0.44	36.72±0.35	36.46±1.30	x ² =2.92 P=0.230
Cilt Bakımı	21.50±0.31	22.47±0.24	21.54±0.81	x ² =4.53 P=0.103
Toplam Puan	217.18±2.66	227.22±2.21	215.77±7.73	x ² =10.22 P=0.006

* Normal dağılıma uymadığı için Kruskal -Wallis..testi uygulanmıştır.

Tablo 4.16’da hastalara uygulanan cerrahi girişimlere göre HÖGÖ madde toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. KABG gerçekleştirilen hastaların HÖGÖ madde toplam puan ortalamaları 217.18±2.66, kapak ameliyatı gerçekleştirilen hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamaları 227.22±2.21ve KABG+kapak ameliyatı yapılan hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamaları 215.77±7.73olarak saptanmıştır. Hastalara uygulanan cerrahi girişime göre HÖGÖ toplam puan ortalamalarının arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey HSD) KABG ameliyatı gerçekleştirilen hastalar ile kapak ameliyatı gerçekleştirilen hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Hastalara uygulanan cerrahi tipine göre HÖGÖ “ilaçlar” alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; KABG gerçekleştirilen hastaların HÖGÖ “ilaçlar” alt ölçek puan ortalaması 35.37 ± 0.43 , kapak ameliyatı gerçekleştirilen hastaların $\bar{X}=36.90 \pm 0.31$ ve cerrahi tipi KABG+kapak ameliyatı olan hastaların ise $\bar{X}=35.62 \pm 1.34$ olarak belirlenmiştir. Hastalara uygulanan cerrahi tipine göre HÖGÖ ilaçlar alt ölçek puanlarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey HSD) KABG ameliyatı gerçekleştirilen hastalar ile kapak ameliyatı gerçekleştirilen hastaların HÖGÖ ilaçlar alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Hastalara uygulanan cerrahi tipine göre HÖGÖ “toplum ve izlem” alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; KABG gerçekleştirilen hastaların HÖGÖ “toplum ve izlem” alt ölçek puan ortalaması 25.21 ± 0.40 , kapak ameliyatı olan hastaların HÖGÖ “toplum ve izlem” alt ölçek puan ortalaması 26.91 ± 0.34 , KABG+kapak ameliyatı olan hastaların HÖGÖ “toplum ve izlem” alt ölçek puan ortalaması ise 24.15 ± 0.97 olarak belirlenmiştir. Hastalara uygulanan cerrahi tipine göre HÖGÖ “toplum ve izlem” alt ölçek puanlarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey HSD) hem kapak ameliyatı gerçekleştirilen hastalar ile KABG+kapak ameliyatı gerçekleştirilen hastaların, hem de KABG ameliyatı gerçekleştirilen hastalar ile kapak ameliyatı gerçekleştirilen hastaların HÖGÖ “toplum ve izlem” alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Cerrahi tipi KABG olan hastaların HÖGÖ yaşam aktivitesi alt ölçek puan ortalaması 38.99 ± 0.50 , cerrahi tipi kapak ameliyatı olan hastaların HÖGÖ yaşam aktivitesi alt ölçek puan ortalaması 40.66 ± 0.44 , cerrahi tipi KABG+kapak ameliyatı olan hastaların HÖGÖ yaşam aktivitesi alt ölçek puan ortalamaları ise 38.38 ± 1.57 olarak belirlenmiştir. Hastalara uygulanan cerrahi tipine göre HÖGÖ yaşam aktivitesi

alt ölçek puanlarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey HSD) KABG ameliyatı gerçekleştirilen hastalar ile kapak ameliyatı gerçekleştirilen hastaların HÖGÖ “yaşam aktivitesi” alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

KABG ameliyatı gerçekleştirilen hastaların HÖGÖ “duruma ilişkin duygular” alt ölçek puan ortalaması 20.72 ± 0.38 , kapak ameliyatı olan hastaların $\bar{X}=22.02\pm 0.30$, KABG+kapak ameliyatı olan hastaların ise $\bar{X}=19.46\pm 0.97$ olduğu belirlenmiştir. Hastalara uygulanan cerrahi tipine göre HÖGÖ “duruma ilişkin duygular” alt ölçek puanlarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey HSD) kapak ameliyatı gerçekleştirilen hastalar ile KABG+kapak ameliyatı gerçekleştirilen hastaların HÖGÖ “duruma ilişkin duygular” alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Cerrahi tipi KABG olan hastaların HÖGÖ “tedavi ve komplikasyonlar” alt ölçek puan ortalaması 39.84 ± 0.46 , kapak ameliyatı olan hastaların $\bar{X}=41.53\pm 0.39$, KABG+kapak ameliyatı olan hastaların ise $\bar{X}=40.15\pm 1.53$ olduğu belirlenmiştir. Hastalara uygulanan cerrahi tipine göre HÖGÖ “tedavi ve komplikasyonlar” alt ölçek puanlarının ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey HSD) KABG ameliyatı gerçekleştirilen hastalar ile kapak ameliyatı gerçekleştirilen hastaların HÖGÖ “tedavi ve komplikasyonlar” alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Hastalara uygulanan cerrahi tipine göre HÖGÖ “cilt bakımı” ve “yaşam kalitesi” alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4. 17. Cerrahi girişime bağlı komplikasyon gelişme durumuna göre HÖGÖ madde toplam puan ortalamalarının dağılımı

Komplikasyon Gelişme durumu	Sayı(n)	Ortalama	S.D.	t değeri	P Değeri
Evet	51	226.22	23.05	1.769	0.185
Hayır	187	220.85	27.14		

Tablo 4.17’de uygulanan cerrahi girişime bağlı komplikasyon gelişme durumuna göre hastaların HÖGÖ’den aldıkları madde toplam puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Uygulanan cerrahi girişim sonunda komplikasyon gelişen hastaların HÖGÖ toplam puan ortalaması 226.22 ± 23.05 , komplikasyon gelişmeyen hastaların HÖGÖ toplam puan ortalaması ise 220.85 ± 27.14 olarak belirlenmiştir. Hastalara uygulanan cerrahi girişim sonunda komplikasyon gelişme durumuna göre HÖGÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.18. Hastaların taburculuk eğitimi alma durumlarına göre HÖGÖ madde toplam puan ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı

Alt Ölçekler	Eğitim alanlar (n=205)	Eğitim almayanlar (n=33)	F=değeri P Değeri
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
İlaçlar	36.55 ± 3.98	33.48 ± 5.67	F=4.736 P=0.031
Toplum izlem	26.38 ± 3.61	23.55 ± 5.63	F=11.535 P=0.001
Duruma ilişkin duygular	21.64 ± 3.31	19.03 ± 5.19	F=16.719 P=0.000
Toplam Puan	224.21 ± 24.85	208.27 ± 31.39	F=2.836 P=0.093

Tablo 4.18’de hastaların taburculuk eğitimi alma durumlarına göre HÖGÖ madde toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları yer almaktadır. Taburculuk eğitimi

alan hastaların HÖGÖ madde toplam puan ortalaması 224.21 ± 24.85 , taburculuk eğitimi almayan hastaların HÖGÖ toplam puan ortalaması ise 208.27 ± 31.39 olarak belirlenmiştir. Hastaların taburculuk eğitimi alma durumlarına göre HÖGÖ toplam puanlarının ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Bununla birlikte bazı alt ölçek puanlarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiş ve tabloda gösterilmiştir.

Taburculuk eğitimi alan hastaların HÖGÖ “ilaçlar” alt ölçek puan ortalaması 36.55 ± 3.89 , taburculuk eğitimi almayan hastaların HÖGÖ “ilaçlar” alt ölçek puan ortalaması ise 33.48 ± 5.67 olarak belirlenmiştir. Hastaların taburculuk eğitimi alma durumlarına göre HÖGÖ “ilaçlar” alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Taburculuk eğitimi alan hastaların HÖGÖ “toplum ve izlem” alt ölçek puan ortalaması 26.38 ± 3.61 , taburculuk eğitimi almayan hastaların ise $\bar{X} = 23.55 \pm 5.63$ olduğu belirlenmiştir. Hastaların taburculuk eğitimi alma durumlarına göre HÖGÖ “toplum ve izlem” alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Taburculuk eğitimi alan hastaların HÖGÖ “duruma ilişkin duygular” alt ölçek puan ortalaması 21.64 ± 3.31 , taburculuk eğitimi almayan hastaların HÖGÖ duruma ilişkin duygular alt ölçek puan ortalaması ise 19.03 ± 5.19 olarak belirlenmiştir. Hastaların taburculuk eğitimi alma durumlarına göre HÖGÖ “duruma ilişkin duygular” alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada açık kalp ameliyatı olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin, Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) aracılığıyla belirlenmesi amaçlanmıştır. Ölçekten alınan madde toplam puanı arttıkça bireylerin öğrenim gereksinimleri de artmaktadır. Bu çalışmada bireylerin HÖGÖ madde toplam puan ortalaması $\bar{X}=222\pm 26.36$ olarak belirlenmiştir. HÖGÖ’ dan alınabilecek en yüksek toplam madde puanı 250, en az ise 50’dir. Bu değer ölçekten alınabilecek maksimum puana yakın olduğu görülmektedir. Madde toplam puan ortalaması madde sayısına bölüldüğünde elde edilen sonuç “önem düzeyini” göstermektedir ve bu çalışmada madde toplam puan ortalamasına karşılık gelen değer $\bar{X}=4.44$ olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin likert yapılanmasına göre 4.44 değeri “çok önemli” ile “son derece önemli” kategorileri arasında yer almaktadır (Tablo 4.5). Bu sonuç çalışmanın örneklemini oluşturan hastaların öğrenim gereksinimlerinin de yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Jickling ve ark. (1997)’nin koroner bypass ameliyatı geçiren hastaların bilgi gereksinimine yönelik çalışmasında HÖGÖ madde toplam puan ortalamasının 181.17 ± 32.02 olduğu saptanmıştır. Özel (2010)’in cerrahi girişim gerçekleştirilen hastaların öğrenim gereksinimlerini saptamak amacıyla yaptığı çalışmasında öğrenim gereksinimleri toplam puan ortalamasının $\bar{x}=199.19\pm 26.62$ olduğu belirlenmiştir. Jacobs (2000) ’un cerrahi hastalarıyla yaptığı çalışmasında öğrenim gereksinimleri toplam puan ortalaması $\bar{x}=106.2\pm 48.6$, Carew (1999)’in kalp kateterizasyonu uygulanan hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında HÖGÖ madde toplam puan ortalaması $\bar{x}=113.53\pm 38.81$ ve Rich-vanderBij (1999)’in cerrahi girişim geçiren hastalarla gerçekleştirdiği çalışmasında madde toplam puan ortalamasının $\bar{x}=151.8\pm 40.0$ olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar genel olarak hastaların öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğunu göstermekle birlikte bu çalışmada hastaların öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

HÖGÖ alt ölçeklerinden alınan en yüksek puanlar incelendiğinde; hastaların sırasıyla “tedavi ve komplikasyonlar”, “yaşam kalitesi” ve “ilaçlar” alt ölçek puanlarının diğer alt ölçek puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.5). Jickling ve Graydon (1997)’nin Kanada’da yaptıkları bir çalışmada “tedavi ve komplikasyonlar”a yönelik öğrenim gereksinimi diğer alt ölçeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Özel (2011)’in cerrahi hastalarının öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik çalışmasında; hastaların sırasıyla “ilaçlar”, “tedavi ve komplikasyonlar”, “yaşam kalitesi” ve “cilt bakımı” konusundaki bilgileri “çok önemli” buldukları belirlenmiştir.

Hastaların öğrenim gereksinimlerinin yüksek olarak belirlendiği diğer bir alt ölçek “Yaşam aktiviteleri” dir. Yaşam aktiviteleri alt ölçeğinde “Yemem ve yememem gereken yiyecekler nelerdir?”, “Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim?”, “Yapmam gereken hareketler nelerdir?” gibi maddeler yer almaktadır. Açık kalp ameliyatı sonrası hastalar hastalığın tekrarlamaması ve komplikasyonların ortaya çıkmaması için yaşam şekillerinde düzenlemelere gitmek durumundadırlar. Bu durum hastaların yeni yaşam şekline uyum sağlamaya yönelik öğrenim gereksinimlerini artırabilir. Ameliyat sonrası bireylerin erken dönemde günlük yaşam aktiviteleri sınırlanmakta ve iş yaşantısına uzun bir süre (yaklaşık 3 ay) dönememektedirler (Kunduracılar, 1991; Duran, 2004; Hacıoğlu ve Özer, 2005). Özellikle bireylerin ev işlerine yönelik sorumlulukları varsa ve bu durum diğer aile bireylerinin rol ve sorumluluklarında aksamaya yol açıyorsa bireyler endişe yaşayabilirler. Hastaların neredeyse tamamının bakımlarına destek olacak yakınları olduğu dikkate alındığında destek kaynaklarından uygun şekilde yararlanmaya yönelik yönlendirilmeleri bu sorunun çözümüne katkı sağlayabilir. Yapılan çalışmalarda da taburculuk sonrası dönemde bireylerin ev işi vb. aktiviteleri yakınlarına devrettikleri ya da destek aldıkları belirtilmektedir (Lenz ve Perkins, 2000; Özel, 2010). Bu durum hastaların yaşam aktiviteleri boyutunu öncelikli bir konu olarak görmelerinin gerekçesini açıklayabilir.

HÖGÖ alt ölçeklerinden alınan en düşük puanlar ise bu çalışmada “duruma ilişkin duygular” ve “toplum ve izlem” konularında olmuştur. Benzer şekilde Özel (2011)’in çalışmasında “duruma ilişkin duygular” ile “toplum ve izlem”, konusundaki

öğrenim gereksinimleri puan ortalamaları diğer alt ölçeklerden daha düşük olarak belirlenmiş ve “ne az- ne çok önemli” kategorisinde yer almıştır. Hastaların bu konularda öğrenim gereksinimleri diğer konulara göre daha düşük bulunmakla birlikte çalışmamızda ölçeğin likert yapılanmasına göre hastaların hem en düşük hem de en yüksek aldıkları puanlar “çok önemli” ile “son derece önemli” kategorileri arasında yer almaktadır. Bu sonuç tüm alt ölçekler için hastaların öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Açık kalp ameliyatları sonrası, hastalar tedavinin karmaşık olması ve taburculuk sonrası ortaya çıkabilecek komplikasyonlar ve onlarla baş etmeyle ilgili yoğun endişe yaşayabilmektedirler. Bu duruma ek olarak açık kalp ameliyatının yaşam kalitesini etkilemesine yönelik endişeler yapılan çalışmalar da gösterilmiştir. (Aydın, 2000; Merkouris, 2008; Schulz ve ark., 2009; Yılmaz ve Çiftçi, 2010). Hastaların somut ve kendilerini en çok rahatsız eden ve yaşamlarına tehdit olarak algıladıkları sorunlara öncelik vermeleri doğal bir sonuçtur. Akut dönemde hastaların öncelikle bu konular ile ilgilenmesi “duruma ilişkin duygular” ve “toplum ve izlem” gibi konuları daha az öncelikli konu olarak görmelerine neden olmuş olabilir. Akut dönem atlatıldıktan sonra “duruma ilişkin duygular” başlığı altında hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim” ya da “toplum ve izlem” başlığı altında “toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim” gibi gereksinimlerin daha fazla önem kazanması beklenebilir.

Hastanelere göre hastaların öğrenim gereksinimleri incelendiğinde; BÜ Adana hastanesindeki hastaların öğrenim gereksinimlerinin hem BÜ Ankara Hastanesindeki, hem de BÜ Konya Hastanesi’ndeki hastaların öğrenim gereksinimlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.6). Bu hastaneler içinde en düşük öğrenim gereksinimi BÜ Ankara Hastanesi’nde yer alan hastalar tarafından ifade edilmiştir. Hastanelerin bulunduğu şehirlerin hepsi büyük şehir özelliği taşımaktadır, ancak Ankara’nın başkent olması ve buna bağlı olarak sahip olunan imkanların ve olanakların bireylerin gereksinimlerini de etkilemesi nedeniyle olabilir.

Çalışmada hastaların yaş grupları ile öğrenim gereksinimleri de karşılaştırılmıştır. Bununla birlikte gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak yaşın artması ile birlikte öğrenim gereksiniminin azaldığı görülmektedir (Tablo 4.7). Bu durum yaşın ilerlemesiyle birlikte genellikle öğrenmenin daha zor hale gelmesi ve öğrenmeye daha az istekli olunması; daha genç bireylerde ise hastalığa yönelik deneyimin daha az ve farkındalığın daha yüksek olmasının beklenmesiyle açıklanabilir (Soyuer ve Soyuer, 2008). Çatal (2007)' in belirttiğine göre Chesnick (1992)'in çalışmasında da benzer şekilde KABG ameliyatı geçiren hastalarda yaş ile taburculuktaki bilgi gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.

Hastaların cinsiyetlerine göre HÖGÖ toplam puanlarının ortalamaları ve tüm alt ölçeklerinden aldıkları puanlarının ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.8). Jickling ve ark. (1997)'nin çalışmasında da koroner bypass ameliyatı geçiren hastaların cinsiyetlerine göre bilgi gereksinimleri ve önceliklerinin benzer olduğunu saptamış ve istatistiksel olarak bilgi gereksinimleri arasında fark bulunmamıştır.

Hastaların medeni durumlarına göre HÖGÖ toplam puanlarının ortalamaları ve tüm alt ölçeklerinden aldıkları puanlarının ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.9). Bununla birlikte tablo incelendiğinde bekar grupta yer alan hastaların öğrenim gereksinimlerinin, evlilere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Evli bireylerinin eş ve çocuklar gibi destek kaynaklarının, bekar bireylere göre daha fazla olması beklenen bir durumdur. Literatürde KABG gerçekleştirilen bireylerin bakım gereksinimleri ve yaşam tarzındaki değişikliklere uyum sağlayabilmesi için destek sistemlerinin olması, ameliyat sonrası dönemi daha iyi sürdürebilmeleri açısından gerekli olduğu ifade edilmiştir. (Theobald ve ark., 2005; Cebeci ve Çelik, 2006). Hastaların ameliyat sonrası en büyük desteği eş ve çocuklarından gördükleri ve eş ve çocuklardan alınan destek sorumlulukların paylaşılmasına ve sorunların daha kolay çözülmesine katkı sağlayarak gereksinimleri azalttığı düşünülebilir. (Lidnsay ve ark., 1997).

Hastaların eğitim durumlarına göre öğrenim gereksinimleri incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte eğitim düzeyi arttıkça HÖGÖ madde toplam puan ortalamalarında bir artış olduğu görülmektedir (Tablo 4.10). Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların yapılan ameliyat ve ameliyat ile ilgili sorun ve komplikasyonları araştırması, sorgulaması ve buna bağlı olarak da farkındalığının daha yüksek olması beklenen bir durumdur. Hastaların taburculuk eğitim gereksinimlerine yönelik yapılan çalışmalar da benzerlik göstermektedir. Hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe; daha çok sorguladıkları, sağlıklarına daha fazla özen gösterdikleri ve bilgiye daha kolay ulaşabilmeleri nedeniyle bilgi edinmeye daha eğilimli oldukları tüm bunlara bağlı olarak da öğrenme gereksinimlerinin arttığı ifade edilmektedir (Yıldız 1994, Algier ve ark 2005, Nargiz2005, Ulusan 2008).

Bireylerin gelir-gider durumlarına göre öğrenim gereksinimleri incelendiğinde; geliri giderinden az olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin geliri-giderine eşit ve geliri giderinden fazla olan bireylere göre daha fazla olduğu saptanmış ve bu sonuç istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.11). HÖGÖ'nün alt ölçeklerinden “yaşam aktiviteleri”, “duruma ilişkin duygular” ve “cilt bakımı” için de benzer şekilde geliri giderinden az olanların, öğrenim gereksinimlerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gelir durumu yüksek olan bireylerin, gelir durumu düşük olan bireylere göre ameliyat sonrası dönemde sağlık hizmetlerine ulaşması, maddi sorunlarla baş etmeyle ilgili daha az endişe yaşamaması, daha nitelikli sağlık bakımı hizmeti alabilme ya da destek kaynakları açısından gelir düzeyi düşük olan bireylere göre daha fazla olanaklara sahip olması beklenmektedir (Bastone ve Kerns, 1995). Diğer taraftan gelir düzeyi düşük olan hastaların maddi zorluklar nedeniyle biran önce işine geri dönme endişesi olabilir. HÖGÖ alt ölçeklerinden “yaşam aktiviteleri” ölçeğinde alınan puan ortalamalarının geliri giderinden fazla olan hastalara göre geliri giderinden az olan hastaların daha yüksek çıkması bu durumu açıklayabilir. Yaşam aktiviteleri alt ölçeğinin maddeleri arasında “işe ne zaman başlayabilirim”, “ne kadar süre istirahat etmeliyim” gibi konular yer almaktadır. Bu durumun geliri giderinden az olan hastalarda yaratabileceği endişe dikkate alındığında “duruma ilişkin duygular” alt ölçeğinden alınan puanın diğer gruplara göre daha yüksek çıkmasını da açıklanabilir ($p<0.05$).

Mesleklere göre hastaların öğrenim gereksinimleri puan ortalamaları incelendiğinde; mesleği işçi olan bireylerin HÖGÖ toplam puan ve alt ölçek puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu diğer bir ifadeyle öğrenim gereksinimlerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde “yaşam aktiviteleri”, “toplum ve izlem”, “duruma ilişkin duygular”, “tedavi ve komplikasyonlar” ve “yaşam kalitesi” alt ölçeklerinden işçiler diğer meslek gruplarına göre daha yüksek puan almışlardır ($p<0.05$, Tablo 4.13). Bu çalışmada yer alan bireylerden mesleği işçi olanlar, gelir düzeyi en düşük grubu oluşturmaktadır ($p<0.05$, Ek Tablo 5). Gelir düzeyi düşük olan bireylerin öğrenim gereksinimlerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu yukarıda belirtilmiştir. Gelir düzeyi düşük olan hastalar kalp cerrahisi sonrası maddi koşullar, gelecek kaygısı, bakım hizmetlerinden yararlanma ya da destek kaynaklara ulaşma açısından daha fazla sorun ve endişe yaşayabilmektedirler (Bastone ve Kerns, 1995). Bu durumun, gelir düzeyi düşük olan bireylerin öğrenim gereksinimlerini de artırabileceği düşünülmektedir.

Hastaların daha önce hastanede yatma durumuna göre öğrenim gereksinimleri incelendiğinde hastanede yatma deneyimi olmayan bireylerin öğrenim gereksinimlerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.14). İstatistiksel olarak anlamlı bulunmama ile birlikte daha önce hastane deneyimleri olmayan bireylerin farkındalıklarının daha az olabileceğinden öğrenim gereksinimlerinin daha fazla olması beklenen bir durumdur. Uzun ve ark. (2009)’nın genel cerrahi hastalarının öğrenim gereksinimlerine yönelik yaptığı çalışmada da benzer olarak daha önce hastanede yatma ve cerrahi deneyimi olma durumları ile öğrenim gereksinimleri arasında bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir.

Hastaların herhangi başka bir hastalığı olma durumu ile öğretim gereksinimleri karşılaştırıldığında başka hastalığı bulunan bireylerin öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek olduğu saptanmış, ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.15). Bireylerin var olan hastalık sayıları arttıkça durumun karmaşıklığı ile hastaların bu durumla baş edebilmek ve her hastalığın tedavi sürecini yönetebilmek için öğrenim gereksinimlerinin artması beklenen bir durumdur. Abbott ve ark. (2010), KABG ile

birlikte ek hastalıkların sayısının ve bu hastalıkların ciddiyetinin semptom deneyimi ve psikososyal fonksiyonu etkileyebileceğini belirtmişlerdir.

Hastalara uygulanan cerrahi girişimlere göre HÖGÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; kapak ameliyatı gerçekleştirilen bireylerin öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek olduğu saptanmış olup “yaşam kalitesi” ve “cilt bakımı” alt ölçekleri dışındaki tüm alt ölçeklerde de diğer gruplara göre öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.16). Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup yapılan ileri analizde farkın hemen tüm gruplarda kapak ameliyatı ile KABG ameliyatı gerçekleştirilmiş bireylerin aldıkları puan farklarından kaynaklandığı belirlenmiştir. Kapak ameliyatı olan bireylerin cerrahi sonrasında hayatları boyunca antikoagülan (warfarin) ilaç kullanma zorunluluğu ve bu ilaçla ilgili ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesine yönelik kapsamlı bir öğretim gerekliliği olması bu hastaların öğrenim gereksinimlerinin yüksek olmasını açıklayabilir. Pederson ve ark. (1999) çalışmalarında, INR düzeyindeki dalgalanmaların bir bölümünün hastaların eksik ya da yanlış bilgi düzeylerinden kaynaklandığını ifade etmişlerdir. Taylor ve ark.(1997) da hastaların belirlenen zamanlarda INR takiplerini yaptırmalarının yanı sıra, antikoagulan tedaviye ilişkin hasta ve ailesinin bilgilendirilmesinin hayati önem taşıdığını, hastanın tedaviye uyumunun düşük olmasının komplikasyon riskini artıracığını belirtmişlerdir.

Bireylerin ameliyat sonrasında komplikasyon gelişme durumları ile öğretim gereksinimleri karşılaştırıldığında komplikasyon gelişen hastaların öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek olduğu saptanmış fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.17). Geçirilen cerrahi sonrasında stres, ağrı ve dikkat edilmesi gereken bir çok kısıtlı duruma ek olarak ortaya çıkan olumsuz bir gelişmenin bireylerdeki gereksinimi artırması beklenen bir durumdur.

Hastaların ameliyat sonrası taburculuk eğitimi alma durumları ile öğrenim gereksinimleri karşılaştırıldığında taburculuk eğitimi almış olan hastaların öğretim gereksinimlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.18). Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Taburculuk eğitimi almış olan bireylerin

farkındalık düzeyinin artmış olabileceğinden öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğu düşünülebilir. Gerçekte taburculuk eğitim alan bireylerin öğrenim gereksinimlerinin azalması beklenirken hastalara verilmiş olan eğitim tam olarak gereksinimlerini karşılamadan ziyade farkındalığı artırmış olabilir.

Çalışmanın bulguları genel olarak ele alındığında hastaların öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğu çalışmaya alınan hastaların meslek, gelir gider durumu, yapılan cerrahi girişimin türü ve taburculuk eğitimi alma durumlarının eğitim gereksinimlerini etkilediği belirlenmiştir.

6.SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1 SONUÇLAR

Açık kalp ameliyatı olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir:

- 1- Bireylerin % 23.9'u Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nden, % 53.4'ü Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden, ve %22.7'ü Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nden çalışmaya katılmıştır (Tablo 4.1).
- 2- Çalışmaya alınan hastaların % 56.3'ü erkek, % 50.4'ü 46-65 yaş gurubunda ve yaş ortalamasının $\bar{x}=55.88 \pm 13.49$ (min:18 , max:84) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).
- 3- Hastaların çoğunluğunun evli, %41.2'sinin ilkokul ve altı grubunda yer aldığı saptanmıştır. Hastaların yarısına yakınının şehir merkezinde yaşadığı; yarısından çoğunun gelir ve gider düzeyinin eşit olduğu ve tamamına yakınının(%97.9) sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).
- 4- Hastaların yarısından çoğunun daha önceden hastaneye yatma deneyiminin olduğu., %58'inin herhangi başka bir hastalığının olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.2).
- 5- Hastaların %48.7'si kalp kapak ameliyatı, %45.8'ine koroner arter bypass greft (KABG) ve % 5.5'ine KABG+ kapak ameliyatı yapılmış ameliyatı yapılmış; hastaların %21.4'ünde ameliyat sonrası komplikasyon geliştiği saptanmıştır (Tablo 4.3).
- 6- Hastaların %86.1'inin taburculuk eğitimi aldığı ve büyük çoğunluğunun bu eğitimi hemşirelerden aldığı; taburculuk eğitimi alan hastaların % 84'ünün bu eğitimi yeterli buldukları belirlenmiştir (Tablo 4.4).

- 7-** Hastaların HÖGÖ toplam madde puan ortalamasının 222 ± 26.36 olduğu, alt ölçeklerden alınan puanların ortalamasının ise 21.28 ± 2.65 ile 40.68 ± 4.65 arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 4.5).
- 8-** Hastaların HÖGÖ alt ölçek puan ortalamaları arasında en yüksek olanları sırasıyla “tedavi ve komplikasyonlar”, “yaşam kalitesi” ve “ilaçlar” alt ölçekleridir (Tablo 4.5). En düşük puan ise “duruma ilişkin duygular” ve “toplum ve izlem” alt ölçeklerinden elde edilmiştir. Tüm alt ölçeklerden elde edilen puanlar ölçeğin likert yapısına göre “çok önemli” ile “son derece önemli” kategorileri arasında yer almaktadır. Bu durum toplam ve alt ölçekler için hastaların öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğu saptanmıştır.
- 9-** BÜ Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde yatan hastaların HÖGÖ madde toplam puan ve alt ölçeklerden aldığı puanların ortalamaları; BÜ Ankara Hastanesi ve BÜ Konya Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nden çalışmaya katılan hastaların HÖGÖ madde toplam puan ve alt ölçeklerden aldığı puanların ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.6).
- 10-** Hastaların yaşlarına göre HÖGÖ toplam puan ortalamalarının yaşın artması ile birlikte azaldığı ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 4.7).
- 11-** Kadınların ve erkeklerin HÖGÖ madde toplam puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu ve puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.8).
- 12-** Hastaların medeni durumlarına göre HÖGÖ madde toplam puan ortalamalarının birbirlerine yakındır ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$, Tablo 4.9).

- 13-** Hastaların eğitim durumlarına göre HÖGÖ madde toplam puan ortalamalarının ilkokul ve altı grupta diğer gruplara göre daha düşük olduğu, diğer bir ifadeyle öğrenim gereksinimlerinin daha az olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.10).
- 14-** Geliri giderinden az olan hastaların, geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olan hastalara göre öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğu ve farkın madde toplam puan ve “yaşam aktiviteleri”, “duruma ilişkin duygular” ve “cilt bakımı” alt ölçekleri için istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya konulmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.11).
- 15-** Hastaların yaşadıkları yere göre HÖGÖ madde toplam puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.12).
- 16-** Hastaların mesleklerine göre HÖGÖ madde toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında işçilerin öğrenim gereksinimlerinin diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Meslek gruplarına göre madde toplam puan ortalamaları ve alt ölçeklerden “cilt bakımı” dışındaki bütün alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$, tablo 4.13). Meslek gruplarının puan ortalamaları arasındaki farkın işçi ve emekli, işçi ve serbest meslek gruplarından kaynaklandığı ortaya konulmuştur.
- 17-** Hastaların daha önce hastaneye yatma deneyimlerine, başka hastalığa sahip olma ve cerrahi girişime bağlı komplikasyon gelişme durumlarına göre HÖGÖ madde toplam puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.14, Tablo 4.15, Tablo 4.17).
- 18-** Hastalara uygulanan cerrahi girişimlere göre HÖGÖ madde toplam ve alt ölçeklerden “yaşam kalitesi” ve “cilt bakımı” dışındaki tüm alt ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı

bulunmuş, kapak ameliyatı gerçekleştirilen hastaların HÖGÖ madde toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının KABG ve KABG+Kapak ameliyatı gerçekleştirilen bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.16).

19- Hastaların taburculuk eğitimi alma durumlarına göre HÖGÖ madde toplam puan ve “ilaçlar”, “toplum ve izlem”, “duruma ilişkin duygular” alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eğitim alanların öğrenim gereksinimlerinin eğitim almayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.18).

6.2 Öneriler

Çalışmanın sonuçları dikkate alınarak aşağıdaki öneriler getirilmiştir;

1. Hastaların, HÖGÖ kapsamında yer alan tüm konular için öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğu dikkate alındığında mevcut taburculuk eğitim içeriklerinin tekrar gözden geçirilmesi
2. Eğitimin etkinliğinin artırılması için hasta özelliklerinin, gereksinimlerinin ve hastaya uygun eğitim yöntemlerinin dikkate alınarak taburculuk eğitiminin planlanması
3. Yapılan cerrahi girişimlere göre hasta gruplarının ele alındığı ve daha kapsamlı örnekleme benzer çalışmaların geliştirilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- 1- ABACI, A. (2009). Kronik Koroner Arter Hastalığı. 11. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. Antalya
- 2- ABANONU, G.B. (2005). Koroner arter hastalığı majör risk faktörleri ve c reaktif proteinin değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul.
- 3- ABBOTT, A.A., BARNASON, S., ZIMMERMAN, L. (2010). Symptom burden clusters and their impact on psychosocial functioning following coronary artery bypass surgery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(4);301-310.
- 4- AKDEMİR, N., BİROL, L. (2004). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: 2. Baskı Sistem Ofset, s: 433.
- 5- AKYOLCU, N. (2005). Perioperatif hasta ve ailesinin eğitim gereksinimleri ve hemşirenin rolü. 4.Ulusal ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi'nde: 2003 Ekim 22-26, İzmir, Türkiye. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi. s.:97-107.
- 6- ALGIER, L., ABBASOĞLU, A., HAKVERDİOĞLU, G., ÖKDEM, Ş., GÖÇER, S. (2005). Hastaların ve hemşirelerin, hemşirelik girişiminin önemini algulamaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1):33-40.
- 7- AMERICAN HEARTH ASSOCIATION, (2009). International Cardiovascular Disease Statistics, Statistical Fact Sheet-Populations Erişim:<http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1236204012112INTL.pd> Erişim Tarihi: 03.01.2011.
- 8- AVŞAR,G. (2006). Klinik hemşirelerinin uyguladıkları hasta eğitiminin değerlendirilmesi Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- 9- AY, A.F., ERTEM, T.Ü., ÖZCAN, K.N. (2007). Temel Hemşirelik. İstanbul: Medikal Yayıncılık s.: 133-135.
- 10- AYDIN, Ç.F., (2000). Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası iki aylık dönemde yaşadıkları güçlükler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- 11- AYTUR, T. (2001). Laparoskopik abdominal cerrahi geçiren kadınlara verilen taburculuk eğitiminin hasta bakım sonuçlarına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

- 12- BASTONE, E. C., KERNS, R. D. (1995). Effects of self-efficacy and perceived social support on recovery-related behaviors after coronary artery bypass graft surgery. *Annals of Behavioral Medicine*, 17;324-330.
- 13- BAYAT, M. (2005). Öğretim Süreci ve Hemşirelik. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14:66-72.
- 14- BLACK, J.M, JACOBS, E.M. (1997). Medical- Surgical Nursing, Clinical management for Continuity Of Care. Fifth edition. Philadelphia: W.B.Saunders Company. p.; 1342-1362.
- 15- BOCHER, M.A., EDELMAN, M.A., EDMİSSON, K.W., MARCH.K.S., CONNER, L. J., RAMÍREZ, M. N., SCOTT, B.A., SMALL, C.C., YORK, D.R. (2006). Handbook of Medical Surgical Nursing, 4th , Philadelphia. p.: 208-211.
- 16- BRUNNER, S. (2004). Textbook of Medical Surgical Nursing. 10 Th Edition, St Louis, Mosby Company, p.: 673-680.
- 17- BUBELA, N., GALLOWAY, S., MCCAY, E., MCKİNNON, A., NAGLE, L., PRİNGLE, D., ROSS, E., SHAMİAN, J. (1990) The Patient Learning Needs Scale: Reliability and Validity. *Journal of Advanced Nursing* 15; 1181-1187.
- 18- CARABELLO, B.A. (2009) Acute Mitral Regurgitation: ‘Valvular Heart Disease’.Third edition. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins. p.:143-155.
- 19- CAREW, D. (1999) Discharge information needs of outpatient cardiac catheterization patients .degree of master of science, graduate department of nursing science, in the university of toronto, 1999.
- 20- CEBECİ, F., ÇELİK, Ş. (2006). Discharge training and counseling increase self-care ability and reduce post discharge problems in cabg patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17; 412-420.
- 21- CULLİGAN, M., TODD, B., LİEHR, P.(1990). Preventing greft leg comlications in cabg patients. *Nursing* 20(6);59-61.
- 22- COŞKUN, H., AKBAYRAK, N. (2001). Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 5 (2);63-68.
- 23- ÇAĞATAY, G., SOYDAN, İ. (1997). Klinik Kardiyoloji. Saray Medical Yayıncılık, 1. Baskı. İzmir, s:99-103.

- 24-ÇATAL, E. (2007). Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği'nin türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.
- 25-ÇAVUŞ, D. (2008). Kanser hastalarının hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitimine ilişkin değerlendirmelerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi ,Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 26-DONALD, L.J., ADAMS, R.J., BROWN, T.M. (2010). Heart Disease and Stroke Statistics 2010 Update: A report from the American Heart Association. *Journal of The American Heart Association* 121; 46-215.
- 27-DUITS, A.A., BOEKE, S., TAAMS, M.A., PASSCHIER, J., ERDMAN,R.A.M. (1997). Prediction of quality of life after coronary arter bypass greft surgery. *Psychosomatic Medicine*, 59 (3);257-268.
- 28-DURAN, E. (2004). Hasta Bilgilendirme Kitapçığı, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Edirne.
- 29-ELİTOĞ, N., ERKUŞ, B. (2008). Cabg operasyonu geçirmiş olan hastaların taburculuk sonrası en sık yaşadıkları problemlerin tanımlanması. Erişim:http://www.Acibademhemsirelik.Com/Bilimsel_Calisma/Cabg_Opera_yon.Pdf Erişim tarihi: 05.12.2010
- 30-ERDİL, F., ELBAŞ, N.Ö., BAYRAKTAR, N., SEVİLAY, S.Ş., ÜNLÜ, H. (2000). Hasta yakınlarının ameliyat öncesi döneme ilişkin bilgi gereksinimleri ameliyat beklerken yaşadıkları duyguları ve ameliyathane bekleme salonuna ilişkin görüşleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 3 (6);1-5.
- 31-ERDİL, F., ELBAŞ, N. (2001). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 4. baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara, s:312-328.
- 32-FADİLOĞLU, Ç. (2006). Kanserli Hastanın ve Ailesinin Eğitimi, (Ed: UYAR, M., USLU, R, KUZEYLİ, Y.). Kanser ve Palyatif Bakım, İzmir, Meta Basım s.:323-344.
- 33-[GARDNER, J.K.](#), [MCCONNELL, T.R.](#), [KLİNGER, T.A.](#), [HERMAN, C.P.](#), [HAUCK, C.A.](#), [LAUBACH, C.A.](#) (2003). Quality of life and self-efficacy: gender and diagnoses considerations for management during cardiac rehabilitation. *Journal of CardioPulmonary Rehabilitation*. 23(4); 299-306.
- 34-GARDNER, T.J., SPRAY, T.L. (2004). Operative Cardiac Surgery. Fifth edition. Hodder Arnold. s.:13-40.

- 35- GOLMAN, L., BENNETT, J.C. (2003). Pocket Companion To Cecil Textbook Of Medicine, Güneş Kitabevi, Ertem Matbaası, 21. Basım, Ankara, s. 40-103.
- 36- GOODMAN, H. (1997) Patient perceptions of their education needs in the first six weeks following discharge after cardiac surgery. *Journal of Advanced Nursing*. 25:1241-1251.
- 37- GÖK, H. (2002). Klinik Kardiyoloji, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara.
- 38- GÖKSEL, O.S. (2004). 40 yaş altı koroner arter bypass cerrahisi hastalarında ve koroner arter bypass reoperasyonlarında kolesterol ester transfer proteininin safen ven greft aterosklerotik hastalığı açısından diagnostik ve prognostik önemi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi Prof.Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- 39- GRİFFİN, B.P., TOPOL, E.J. (2004). Manuel of Cardiovascular Medicine. 2nd edition Lippincott Williams& Wikins,. p:191-239
- 40- GRUNDY, S. (1999). Primary prevention of coronary heart disease : Integrating risk assessment with intervention. *American Heart Association.Circulation*, 100:988-998.
- 41- GUYTON, A.C., HALL, J.E. (2007). Tıbbi Fizyoloji. (H.ÇAVUŞOĞLU, B.YEĞEN, Çev.) 11.Basım. Nobel Tıp Kitabevi p.:252-256).
- 42- GÜLTEKİN, G., ÖZBAYIR, T. (2003). Koroner by-pass ameliyatı olan hastalara taburcu olmadan önce verilen eğitimin etkinliğinin karşılaştırılması. Ulusal Cerrahi Kongresi'nde: 2002 Mayıs 5-19; Antalya, Türkiye. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi. s.; 309-317.
- 43- GÜNEŞ, P. (2001). Kalp ameliyatı olan hastaları taburculuk öncesi bilgilendirmenin anksiyete düzeyine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- 44- HACIALIOĞLU, N., ÖZER, N. (2005) Koroner Arter By-pass Ameliyatı Olan Hastaya Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Evde Bakımı Algılayışları ve Bakım Konusundaki Gereksinimleri. 4.Ulusal ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi'nde: 2003 Ekim 22-26, Ege Üniversitesi Basımevi, s.:467-478.
- 45- HARKNESS, G.A., DİNCHER, J.R. (1999). Medical Surgical Nursing: Oxygenation and Circulation Problems, New York, Mosby, st Lovis.HUBER, D.L, MCCLELLAND, E.(2003). Patient preferences and discharge planning transitions. *Journal of Professional Nursing*, 9(3);:204-210.

- 46- HERON, M., HOYERT., D.L., MURPHY, S.L., XU, J., KOCHANNEK, K.D. (2006). National Vital Statistics Reports. U.S Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.
- 47- HOUGH, R., HAG, I.U. (2001). Mosby's Crash Course İnternal Medicine. Güneş Kitabevi. Ltd. Şti., 1. Baskı, Ankara, s: 195-200.
- 48- HUDAK, C.M., GALLO, B.M., GONCE, M.P. (1998). Critical Care Nursing A Holistic Approach. Patient and Family Education in a Changing Health Care Environment,: Philadelphia, Newyork : Lippincott 7th edition p: 59-68.
- 49- İGNATAVİCUS, D., WORKMAN, L., MİSHLER, M. (1995). Medical Surgical Nursing. Philadelphia: W.B.Sounders Company, p.:985-1017.
- 50- İLİÇİN, G., BİBEROĞLU, K., SÜLEYMANLAR, G., ÜNAL, S. (2003). İç Hastalıkları. Güneş Kitabevi Ltd. Şti. 2. Baskı, Ertem Matbaası, Ankara, s: 237-495.
- 51- İNANÇ, N., HATİPOĞLU, S., YURT, V., AVCI, E., AKBAYRAK,N., BEKİROĞLU, M., ÖZTÜRK, E. (1994). Gata Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Esasları Kitabı. Yayın No:5, Ankara, s.:58-81.
- 52- JAARSMA, T., HALFENS, R., TAN, F., ABU-SAAD, HS., DRACUP, K., DİEDERİKS, J. (2000). Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart and Lung*, 29; 19-330.
- 53- JACOBS, V. (2000). Informational needs of surgical patients following discharge. *aplied. Nursing Research* 13(1);12-18.
- 54- JİCKLİNG, J.L., GRAYDON, J.E. (1997). The information needs at time of hospital discharge of male patients who have undergone coronary artery bypass grafting: a pilot study. *Heart & Lung*, 26; 350-357.
- 55- KARADAKOVAN, A., ASLAN, F. (2010). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitapevi s: 499-501.
- 56- KARAKUŞ, T. (2007). Koroner arter by-pass greft uygulanan hastalarda taburculuk süresinin depresyon üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi , Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 57- KİNG, K.B., ROWE, M.A., ZERWİC, J.J. (2000). Concerns and risk factor modification in women during the year after coronary artery surgery. *Nursing Research* , 49(3);167-72.

- 58-KORKMAZ, M. (2007). Akciğer kanseri olan hastalara uygulanan taburculuk planlamasının semptom kontrolü ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 59-KUNDURUCULAR, Z. (1991). Koroner bypass cerrahisinde egzersiz eğitiminin etkileri. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 60-LENZ, E. R., SHERRY, P. (2000) Coronary artery bypass graft surgery patients and their family member caregivers: outcomes of a family-focused staged psychoeducational intervention. *Applied Nursing Research*. 13(3): 142-150.
- 61-LİE, I., ARNESEN, H., SANDVİK, L., HAMILTON, G., BUNCH, E.H. (2007) Effects of a Home-Based İntervention Program on anxiety and depression 6 months after coronary artery bypass grafting: a randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research* 62;411-418.
- 62-LİND SAY, G. M., HANLON, P., SMİTH, L.N., WHEATLEY, D. I. (2000). Assessment of changes in general health status using the shortform 36 questionnaire one year following coronary artery by-pass grafting. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery* 18(5): 557-564.
- 63-MAREK, J.F., BOEHNLEİN, M.J. (1999). “Preoperative Nursing, Intraoperative Nursing. Preoperative Nursing. (Ed: PHİPPS, W.J., SANDS, J.K., MAREK, J.F.). Medical Surgical Nursing “Concepts & Clinical Practice” Sixth Edition. (p. 469-568), USA: Mosby A Harcourt Health Sciences Company.
- 64-MARTİNSON, I., WİDMER, A., PORTİLLO, J.C. (2002). Home Health Care Nursing, Saunders Comp. Philedelphia p: 22-343.
- 65-MERKOUİRİS, A., APOSTOLAKİS, E., DİMİTRİOUS, D., PAPAGİANNNAKİ, V, DİAKOMOPOULOU, E., PATİRAKİ, E. (2009). Quality of Life After Coronary Artery Bypass Graft Surgery İn The Elderly. *European Journal of Cardiovascular Nursing* , 8;74-81.
- 66-MİTTAGA, O., KOLENDAB, K.D., NORDMANNA, K.J., BERNİENB, J., MAURİSCHATC C. (2001). Return to work after myocardial infarction/coronary artery bypass grafting: patients’ and physicians’ initial viewpoints and outcome 12 months later. *Social Science & Medicine* 52;1441–1450.
- 67-MONAHAN, F.D. (1998) Neighbors M. Medical-Surgical Nursing- Foundations for Clinical Practice. Second edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company s.: 306-316.

- 68- NAINMARK, B.J, SAWATZKY, V. (2009) .The coronary artery graft surgery trajectory: gender differences revisited. *European. Journal of Cardiovascular Nursing*, 8; 302-308.
- 69- NARGİZ, S. (2005). Perkutan nefrolitotomi sonrası hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimleri. Yüksek Lisans Tezi,Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- 70- NAYLOR, M.D., BROOTEN,D., CAMPBELL, R., JACOBSEN, B.S., MEZEY, M.D., PAULY, M.V., SCHWARTZ, J.S. (1999). Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders. *JAMA*, 281(7); 613-620.
- 71- ONAT, A., DURSUNOĞLU, D., KAHRAMAN, G., ÖKÇÜN, B., DÖNMEZ, K., KELEŞ, S. (1996). V. Türk erişkinlerde ölüm ve koroner olaylar TEKHARF çalışması kohortunun 5-yıllık takibi. *TKD, Türk Kardiyoloji Derneği Yayınları Kalp sağlığı broşürü*. İstanbul, 24(1); 8-15.
- 72- ONAT, A., KELEŞ, S., ÇETİNKAYA, A., BASAR, Ö., YILDIRIM, B., ERER, B., CEYHAN, K., ERYONUCU, B., ŞANSOY, V. (2001). On yıllık TEKHARF çalışması verilerine göre türk erişkinlerinde koroner kökenli ölüm ve olayların prevalansı. *TKD* 29(1): 8-19.
- 73- ONAT, A. (2004). Ulusal Kalp Sağlığı Politikası. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 32(9): 596-602.
- 74- ONAT, A. (2009). Erişkinlerimizde kalp hastalıkları prevalansı, yeni koroner olaylar ve kalpten ölüm sıklığı. Erişim: <http://tekharf.org/> Erişim tarihi 05.12.2010.
- 75- ONAT, A., DURSUNOĞLU, D., KAHRAMAN, G., ÖKÇÜN, B., DÖNMEZ, K., KELEŞ, S. (2010). V. Türk erişkinlerde ölüm ve koroner olaylar TEKHARF çalışması kohortunun 15- y ılık takibi. *Türk Kardiyoloji Derneği Yayınları Kalp Sağlığı Broşürü*.
- 76- ÖZ, F.(2001) Hastalık yaşantısında belirsizlik, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12 (1); 61-68.
- 77- ÖZBAY, A. (2010). Koroner arter hastalarında yaşam tarzı değişikliği müdahalesinin yaşam kalitesine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- 78- ÖZCAN, H. (2008). Açık kalp ameliyatı sonrası hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin hastalar tarafından kullanılma oranları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- 79- ÖZDEMİR, Ö., DEMİR, A.D., KÜTÜK, E. (2002). perkutan koroner anjioplasti sonrası gelişen restenozun ve restenoza etki eden faktörlerin tedavisi, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 11;710-718.
- 80- ÖZEL, S. (2010). Cerrahi girişim geçiren hastaların taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- 81- ÖZHAN, N. E.(2003). Cerrahi hastasının evde bakımı. Ulusal Cerrahi Kongresi'nde: 2002 Mayıs 5-19; Antalya, Türkiye. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi. s.: 27- 33.
- 82- ÖZTEKİN, D.(1999) Koroner arter by-pass greft cerrahisi geçiren hastalarda greft-bacak komplikasyonlarının önlenmesinde hemşirenin rolü. *Hemşirelik Bülteni* 11;43-44.
- 83- ÖZTEKİN, D., AKYOLCU, N. (2001). Minimal invazif direkt koroner arter baypas deneyimi: cerrahi teknik, ameliyat sonrası hemşirelik bakımı ve hasta eğitimine genel bakış. I. Uluslararası & V Ulusal Hemşirelik Eğitim Kongre Kitabı, Nevşehir Türkiye, s:307-308.
- 84- ÖZTEKİN, D., AKYOLCU, N. (2003). Minimal invaziv direkt koroner arter bypass sonrası hemşirelik bakımı ve hasta eğitimi. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*. 7(2): 88-95.
- 85- PAÇ, M. (2004). Kalp-Damar Cerrahisi, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, s:116-225.
- 86- PEDERSON, F.M., HAMBERG, O., HESS, K., OVERSEN, L. (1999). The effect of dietary vitamin K on warfarin-induced anticoagulation. *Journal of Internal Medicine*. 229 (1): 517-520.
- 87- PERRY, A.G., POTTER, P.A. (2011). Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri. 1.basım, (Çev.AŞTI T.A., KARADAĞ A.) ADANA: Nobel kitap evi, Bölüm1-3 Taburculuk süreci. s.:14-20.
- 88- POLASKI, A.L, TATRO, S.E. (1996). Luckmann's Core Principles and Practice of Medical Surgical Nursing, Philadelphia, W B Saunders Co. s.:736-771. RICH-VANDERBİJ, L.P. (1999). The discharge information needs of adults with incisions healing by sekondary intention. Degree of Master of Science, Graduatın Department of Nursing, in the University of Toronto.
- 89- PORTH, M.C. (2004) . Essential of Pathophysiology, Concepts of Altered Health States. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins. p.: 305-311.

- 90- RORDEN, J.W., TAFT, E. (1990). Discharge Planning Guide For Nurses. W.B. Saunders Company, USA.
- 91- SAĞLIK BAKANLIĞI TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (2008). Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan Ve Eylem Planı. No: 743
Erişim: <http://www.saglik.gov.tr/TSHGM/dosya/1-39047/h/plan1.pdf>
Erişim Tarihi: 10.01.2011.
- 92- SOYUER, F., SOYUER, A. (2008). Yaşlılık ve fiziksel aktivite. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15 (3) 219-224.
- 93- SÖNMEZ, K., AKÇAY, A., GENÇBAY, M., AKÇAKOYUN, M., DEMİR, D., ELÖNÜ, O.H., PALA, S., DURAN, N.E., DEĞERTEKİN, M., TURAN, F. (2002). Koroner arter hastalığı anjiyografik olarak saptanmış olgularda risk faktörlerinin dağılımı, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 30; 191-198.
- 94- TAYLOR, F.C., GAMİNARA, E., COHEN, H. (1997). Evaluation of a nurse specialist anticoagulant service. *Clinical and Laboratory Haematology*. 19: 267-272.
- 95- TEKBAŞ, Ö.F. (2008). kalp damar hastalıkları ve çevresel faktörler. *Preventive Medicine Bulletin*, 7(5):435-444.
- 96- THEOBALD, K., WORRAU, C. L., MCMURRAY, A. (2005). Psychosocial issues facilitating recovery post-cabg surgery. *Australian Critical Care*. 18(2) :76 -85.
- 97- TOK, A. (2006). Koroner anjiyoplasti ve intra koroner stent uygulanan hastaların taburculuk sonrası yaşadıkları sorunlar. yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- 98- Türk Dil Kurumu, Erişim:
<http://www.tdk.gov.tr/TR/Genel/SozBul.aspx?F6E10F8892433CFFAAAF6AA849816B2EF4376734BED947CDE&Kelime=E%C4%9E%C4%B0T%C4%B0M>.
Erişim Tarihi: 12.12.2011.
- 99- TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ , Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Arter Hastalığına Yaklaşım ve Tedavi Kılavuzu Erişim :
www.tkd.org.tr/kilavuz/k06/5.htm?wbnum=1305, Erişim Tarihi :24/11/2010.

- 100- ULUSAN, Z. (2008). Kalça protezi uygulanan hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- 101- US, M., (2007). Koroner Kalp Hastalığı. By-Pass ‘Taburcu Olduktan Sonra Dikkat Edilmesi Gerekenler’. 2. Basım, İstanbul.
- 102- UZUN, Ö., UCUZAL, M., İNAN, G. (2011) Post-Discharge learning needs of General Surgery Patients. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 27(3):634-637.
- 103- YALIN, H. (1995) Koroner arter hastalığı (KAH) tanısı konmuş hastalara kah ve risk faktörleri ile ilgili eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi.Sağlık Bilimleri Enstitüsü.İstanbul.
- 104- YAMAN, Y. (2008). Kalp kapağı replasmanı yapılan hastalara verilen taburculuk eğitiminin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü. Ankara.
- 105- YAVA, A. (2000). Açık kalp cerrahisi geçiren bireylerde postoperatif nöropsikolojik değişikliklerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Programı. Ankara.
- 106- YILDIRIM, M. (2007). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin taburculuk sürecindeki rolleri ve bunu etkileyen faktörler. yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 107- YILDIRIM, N. (2001) Koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sivas.
- 108- YILMAZ, M. Ç. (2006). Bilgi ve fiziksel gereksinimlerine yönelik planlı taburculuk programı ve evde bakımın kanserli çocuklarda etkililiği. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.
- 109- YILMAZ, M. (2000) Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 110- YILMAZ, M., ÇİFTÇİ, E. S. (2010) Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model: Fonksiyonel sağlık örüntüleri. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*. 18(3):183-189.

- 111- WINTERS, M., OBRİOT, P. (2007) Mitral valve repair. *AORN Journal* . 85(1): 152-166.
- 112- WOODS, S.L., FROELİCHER, E.S., MOTZER, S.U., BRİDEG, E.J. (2005) *Cardiac Nursing*. Fifth edition. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins. p.: 756-775.
- 113- WORLD HEALTH ORGANİSATION , (2009).
Erişim:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html> , Erişim Tarihi: 12.01.2010.
- 114- WORLD HEALTH ORGANİZATİON, (2010)
Erişim: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html> Erişim Tarihi: 12.01.2011.
- 115- ZAYBAK, A. (1999). Kalp kapağı replasmanı yapılan hastaların öz bakımlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 116- ZYZANSKİ, S.J., STANTON, B.A., JENKİNS, C.D. (1997). Medical ve psychosocial outcomes in survivors of major heart surgery. *Journal of psychosomatic Research* , 23;213-221.

EKLER

EK- I

Soru Formu No:.....

AÇIK KALP AMELİYATI OLAN HASTALARIN BİLGİLENME GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma açık kalp ameliyatı geçirdikten sonraki dönemde sizlerin yaşayacağı bilgi ve öğrenim gereksinimlerinin neler olduğunu belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Sizlere verilen soru formunda öğrenim gereksinimlerinizi saptamaya yönelik sorular bulunmaktadır. Soru formundaki soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Sorular sadece sizin bireysel görüş ve değerlendirmelerinizi almak üzere hazırlanmıştır ve vereceğiniz yanıtlar çalışmanın etkinliği bakımından son derece önemlidir.

Form üzerinde isminizi belirtmeniz gerekmemektedir. Araştırmanın her aşamasında tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Bu formların doldurulması yaklaşık olarak 15 dakika sürmektedir.

Değerli zamanınızı ayırdığınız için şimdiden **Teşekkür ederiz**.

**Başkent Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Programı**

Merve Erdoğan: merven85@hotmail.com 0506 583 34 50

TEŞEKKÜR EDERİM

**AÇIK KALP AMELİYATI OLAN HASTALARIN ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİNİN
BELİRLENMESİ**

Soru Formu No:

...../...../2011

1. Hastane:

- Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi
 Başkent Üniversitesi Adana Hastanesi
 Başkent Üniversitesi Konya Hastanesi

2. Yaş:.....

3. Cinsiyet:

- Kadın Erkek

4. Medeni Hali:

- Bekar Evli

5. Eğitim Durumu:

- İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

6. Sosyal Güvencesi:

- Emekli Sandığı Bağkur SSK Yeşilkart Ücretli

7. Mesleği:.....

8. Gelir Seviyesi:

- Gelir giderden az
 Gelir gider eşit
 Gelir giderden fazla

9. Yaşadığı yer

- Şehir merkezi İlçe Köy

10. Daha Önce Hastaneye Yatma Deneyimi:

- Var Yok

11. Taburculuk sonrası bakımınızı destek olacak kişi/kişiler olacak mı?

- Var Yok

12. Cerrahi tipi:

Koroner Arter Bypass Greft (hangi damarlar kullanıldı:.....)

Kapak Ameliyatı

13. Ameliyatınızın Kaçınıcı Günü:.....

14. Ameliyatınızla ilgili herhangi bir sorun/komplikasyon gelişti ise açıklayınız?
:.....

15. Başka bir hastalık/sağlık sorunuz var mı
açıklayınız:.....

16. Taburculuk eğitimi aldınız mı?

Evet Hayır

17. Bu eğitimi kimden/kimlerden aldınız (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Hemşire

Doktor

Fizyoterapist

Diyetisyen

Diğer:.....

18. Taburculuk eğitimini yeterli buldunuz mu?

Evet Kısmen Hayır

19. Varsa taburculuk eğitiminde yeterli bulmadığınız konuları açıklayınız:.....
.....

EK- II

HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ-TÜRKÇE FORMU

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (50 Madde)					
Lütfen taburcu olup eve gitmeden önce bilmek istediğiniz konular için aşağıdaki her bir maddenin sizin için ne kadar önemli olduğunu belirtiniz.					
1= önemli değil, 2= biraz önemli, 3= ne az ne çok önemli, 4= çok önemli, 5= son derece önemli.					
MADDELER	Önemli değil	Biraz önemli	Ne az ne çok önemli	Çok önemli	Son derece önemli
1. Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5
2. Enerjimi/gücümü korumak için ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
3. İlaçlarımın her biri nasıl etki ediyor?	1	2	3	4	5
4. Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebilirim?	1	2	3	4	5
5. Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir problem olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
6. Evdeki bakımında ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
7. Hastalığım hakkında ailem ve arkadaşarımla nasıl konuşabilirim?	1	2	3	4	5
8. İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
9. Ailem hastalığımla baş edebilmek için nerelerden yardım alabilir?	1	2	3	4	5
10. Hastalığıma bağlı oluşabilecek sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5
11. Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5
12. Ne zaman duş alabilir ya da banyo yapabilirim?	1	2	3	4	5
13. Hastalığımanın belirtileri neler olabilir?	1	2	3	4	5
14. Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim?	1	2	3	4	5
15. Ağrımı nasıl giderebilirim?	1	2	3	4	5
16. İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmalıyım?	1	2	3	4	5
17. Ne kadar süre istirahat etmeliyim?	1	2	3	4	5
18. İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok karına gibi) almalıyım?	1	2	3	4	5
19. Tedavimi kim takip edecek?	1	2	3	4	5
20. Tedavime bağlı oluşabilecek yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
21. Hastalığımanın belirtileri ortaya çıktığında ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
22. Evde acil bir sağlık sorunun olduğunda nereye başvurabilirim?	1	2	3	4	5

Maddeler (Devam)	Önemli değil	Biraz önemli	Ne az ne çok önemli	Çok önemli	Son derece önemli
23. Evde yardım için telefonla kimi aramalıyım?	1	2	3	4	5
24. Hastalığının nedeni/nedenleri nelerdir?	1	2	3	4	5
25. Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5
26. İdrar yapmamla ilgili bir sorunum olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
27. Yemeklerimi nasıl (yağsız, tuzsuz gibi) hazırlamalıyım?	1	2	3	4	5
28. Yemem ve yememem gereken yiyecekler nelerdir?	1	2	3	4	5
29. Yeterli uyuyamazsam ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
30. Yapmamam gereken aktiviteler (ağır kaldırmak gibi) nelerdir?	1	2	3	4	5
31. Acil durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabilirim?	1	2	3	4	5
32. Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle konuşabilirim?	1	2	3	4	5
33. Ayaklarıma uygun bakımı nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5
34. Hangi vitaminleri ve ek gıdaları almalıyım?	1	2	3	4	5
35. Hastalığıma ilişkin duygularıyla baş etmek için nereden yardım alabilirim?	1	2	3	4	5
36. Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim?	1	2	3	4	5
37. İlaçlarımın her birini niçin kullanmam gerekiyor?	1	2	3	4	5
38. Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
39. İlaçlarımla ilgili olası yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
40. Stresle nasıl baş edebilirim?	1	2	3	4	5
41. Klinikten eve nasıl gideceğim?	1	2	3	4	5
42. Hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim?	1	2	3	4	5
43. Cildimde yara oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
44. İlaçlarımın her birini ne zaman almalıyım?	1	2	3	4	5
45. İlaçlarımı nereden/nasıl temin edebilirim?	1	2	3	4	5
46. Stresten nasıl uzak durabilirim?	1	2	3	4	5
47. Tedavimin amaçları nelerdir?	1	2	3	4	5
48. Yapmam gereken hareketler nelerdir?	1	2	3	4	5
49. Cildimde kızarıklık oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
50. Bu hastalık yaşamımı nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5

Sizin başka eklemek istediğiniz gereksinimler varsa açıklayınız:

.....

EK_III



1993

Başkent Üniversitesi

**Tıp ve Sağlık Bilimleri
Araştırma Kurulu**

Dr. Zeynep Kayhan
Dr. Hakan Özkardes
Dr. A. Eftal Yücel
Dr. Feride Şahin
Dr. Handan Özdemir
Dr. Şule Bulut
Dr. Meriç Çolak

Başkent Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı
16. Sokak No. 11
Bahçelievler, 06490
Ankara

Tel : 0312 212 90 65
Faks : 0312 221 37 59

arastirma@baskent.edu.tr

Sayı:B.30.2.BŞK.0.05.05.05/050.01.08.01-150
Konu: Proje onayı

10/02/2011

Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Başkanlığına,

Bölümünüz öğrencisi Merve Erdoğan tarafından yürütülecek olan KA11/02 nolu "Açık kalp ameliyatı olan hastaların bilgilendirme gereksinimlerinin belirlenmesi" başlıklı araştırma projesi bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüş olup, projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayınlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.


Prof. Dr. Zeynep Kayhan

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

LD

İşlemlerinizi hızlandırmak için anabilim dalı üzerinden resmi yazışma ve imza gerektirmeyen her türlü bilgi alışverişinde arastirma@baskent.edu.tr e-posta adresimizi kullanınız (Bağlantı- Araştırma Kurulu Sekreteri: Lilişer Demirağ).

EK-IV



Sayın **Merve ERDOĞAN,**

Türkçe'ye uyarladığımız “**Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği**”ni çalışmanızda kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti, öncelikle teşekkür eder çalışmanızda başarılar dileriz.

“**Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği**”nin Türkiye’de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği programında yüksek lisans tez çalışması olarak yapılmıştır. Ölçek İzmir ilinde bir eğitim araştırma hastanesinin genel cerrahi kliniğinde batın cerrahisi uygulanmış hastalarla yürütülmüştür. Ölçeğin ülkemizde farklı hasta gruplarında, daha geniş popülasyonda tekrar test edilmesi amacıyla bir veri havuzu oluşturmak; geçerlik ve güvenilirliğini yeniden test etmek için çalışma verilerinizi göndermek koşuluyla ölçeği kullanabilirsiniz. Aynı zamanda ölçeğin performansını ve yaygın etkisini değerlendirmek için çalışma sonuçlarınızı yayınladığınız makalenin bir örneğini göndermeniz, gelecek iyileştirmeleri yapabilmemiz için önemlidir.

Çalışma verilerinizi göndermeniz; yasal ve etik açıdan sizin yayın hakkınızın güvence altında olduğunu, buna paralel olarak ölçeği kullanma izni veren tarafın haklarının saklı kaldığını kabul ve beyan ederiz.

Uzman Hemşire Emine ÇATAL

Dokuz Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Doktora Öğrencisi

Yard. Doç. Aklime DİCLE

Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı Başkanı

Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü & Hemşirelik Yüksekokulu
ADRES: DEÜ Hastane Kampüsü İçi Mithatpaşa Cad. No:1606 35340 Inciraltı-İZMİR
TEL: +90. 232.412.47.51 FAX: +90.232.412.47.98
E-mail: saglikbil@deu.edu.tr
hemsirelik@deu.edu.tr

EK-V



T.C.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü



Sayı : 1798/K.D-2011
Konu : Merve ERDOĞAN Hk.

08/03/2011

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ'NE

İlgi : 14/02/2011 tarihli ve 01-32 sayılı yazınız.

İlgi yazı ile belirtmiş olduğunuz bölümünüz öğrencilerinden Merve ERDOĞAN tarafından yürütülecek olan KA11/02 no'lu proje kapsamındaki anketin bizzat araştırmacı tarafından yapılması şartı ile tarafımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Yrd.Doç.Dr.Turgut NOYAN
Uyg.ve Arş. Merkez Müdürü

1/1

18/03/2011

Merve ERDOĞAN
Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi

Dadaloğlu Mahallesi Serin Evler 2591 Sk. No: 4/A Yüreğir / ADANA Tel : (0.322) 327 27 27 (pbx) Fax : (0.322) 327 12 74
Gazipaşa Mahallesi Baraj Cd. No:7 Seyhan / ADANA Tel : (0.322) 458 68 68 (pbx) Fax : (0.322) 459 72 51
Kazım Karabekir Mah. Gülhatmi Cd. No: 37/A Yüreğir/ADANA Tel : (0.322) 344 44 44 (pbx) Fax : (0.322) 344 44 45
Elektronik ağ : www.baskent-adn.edu.tr Elektronik Posta : adanabaskent@baskent-adn.edu.tr



BASKENT ÜNİVERSİTESİ
KONYA UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ



B.30.2.BŞK.0.AF.00.00/014

22.02.2011

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne
ANKARA

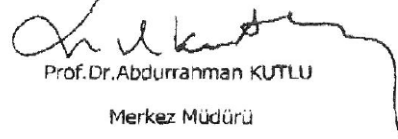
İlgil: 14 Şubat 2011 tarih ve B.30.2.BŞK.042.00-605.01-32 sayılı yazınız.

Konu: Merve Erdoğan hk.

Bölümünüz öğrencisi 20912241 No'lu Merve ERDOĞAN'ın KA11/02 nolu "Açık kalp ameliyatı olan hastaların bilgilendirme gereksinimlerinin belirlenmesi" başlıklı araştırma projesinin 16 Şubat 2011-30 Mayıs 2011 tarihleri arasında Merkezimiz Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Üniteleri ve Kalp Damar Servislerinde yürütülebilmesi tarafımızdan uygundur.

Bilgilerinize rica ederim.

Saygılarımla,


Prof. Dr. Abdurrahman KUTLU
Merkez Müdürü

23/02/2011

EK -VII

Ek. Tablo 1. Hastaların mesleklerine göre HÖGÖ puan ortalamalarının çoklu karşılaştırılması

Bağımlı Değişken	(I) meslegi	(J) meslegi	Ortalama Farkı (I-J)	Standart Hata	P
Cilt Bakımı	emekli	memur	-1,258	0,657	0,312
		işçi	-2,062	0,839	0,104
		serbest	-0,429	0,643	0,963
		işsiz	-1,074	0,617	0,411
	memur	emekli	1,258	0,657	0,312
		işçi	-,804	0,783	0,843
		serbest	0,829	0,569	0,591
		işsiz	0,184	0,539	0,997
	işçi	emekli	2,062	0,839	0,104
		memur	0,804	0,783	0,843
		serbest	1,633	0,772	0,217
		işsiz	0,988	0,750	0,681
	serbest	emekli	0,429	0,643	0,963
		memur	-0,829	0,569	0,591
		işçi	-1,633	0,772	0,217
		işsiz	-0,645	0,522	0,731
işsiz	emekli	1,074	0,617	0,411	
	memur	-0,184	0,539	0,997	
	işçi	-0,988	0,750	0,681	
	serbest	0,645	0,522	0,731	
Toplam puan	emekli	memur	-14,473	5,659	0,082
		işçi	-27,438*	7,231	0,002
		serbest	-6,381	5,542	0,779
		işsiz	-11,467	5,316	0,200

	memur	emekli	14,473	5,659	0,082
		işçi	-12,965	6,751	0,309
		serbest	8,092	4,900	0,466
		işsiz	3,006	4,643	0,967
	işçi	emekli	27,438*	7,231	0,002
		memur	12,965	6,751	0,309
		serbest	21,057*	6,654	0,015
		işsiz	15,972	6,467	0,101
	serbest	emekli	6,381	5,542	0,779
		memur	-8,092	4,900	0,466
		işçi	-21,057*	6,654	0,015
		işsiz	-5,085	4,500	0,790
	işsiz	emekli	11,467	5,316	0,200
		memur	-3,006	4,643	0,967
		işçi	-15,972	6,467	0,101
		serbest	5,085	4,500	0,790
İlaçlar	emekli	memur	-2,959*	0,934	0,015
		işçi	-4,682*	1,194	0,001
		serbest	-1,244	0,915	0,654
		işsiz	-2,139	0,878	0,109
	memur	emekli	2,959*	0,934	0,015
		işçi	-1,723	1,115	0,534
		serbest	1,715	0,809	0,215
		işsiz	0,820	0,767	0,822
	işçi	emekli	4,682*	1,194	0,001
		memur	1,723	1,115	0,534
		serbest	3,438*	1,099	0,017
		işsiz	2,543	1,068	0,124
	serbest	emekli	1,244	0,915	0,654
		memur	-1,715	0,809	0,215
		işçi	-3,438*	1,099	0,017

		işsiz	-0,895	0,743	0,749
	işsiz	emekli	2,139	0,878	0,109
		memur	-0,820	0,767	0,822
		işçi	-2,543	1,068	0,124
		serbest	0,895	0,743	0,749
Toplum ve izlem	emekli	memur	-1,897	0,872	0,193
		işçi	-3,897*	1,114	0,005
		serbest	-0,475	0,854	0,981
		işsiz	-0,877	0,819	0,822
	memur	emekli	1,897	0,872	0,193
		işçi	-2,000	1,040	0,308
		serbest	1,422	0,755	0,329
		işsiz	1,020	0,716	0,612
	işçi	emekli	3,897*	1,114	0,005
		memur	2,000	1,040	0,308
		serbest	3,422*	1,025	0,009
		işsiz	3,020*	0,997	0,023
	serbest	emekli	0,475	0,854	0,981
		memur	-1,422	0,755	0,329
		işçi	-3,422*	1,025	0,009
		işsiz	-0,402	0,693	0,978
	işsiz	emekli	0,877	0,819	0,822
		memur	-1,020	0,716	0,612
		işçi	-3,020*	0,997	0,023
		serbest	0,402	0,693	0,978
Yaşam aktivitesi	emekli	memur	-1,679	1,121	0,565
		işçi	-4,594*	1,432	0,013
		serbest	-1,087	1,097	0,859
		işsiz	-1,767	1,053	0,449
	memur	emekli	1,679	1,121	0,565
		işçi	-2,915	1,337	0,191

		serbest	0,592	0,970	0,973
		işsiz	-0,088	0,919	1,000
	işçi	emekli	4,594*	1,432	0,013
		memur	2,915	1,337	0,191
		serbest	3,507	1,317	0,063
		işsiz	2,827	1,280	0,180
	serbest	emekli	1,087	1,097	0,859
		memur	-0,592	0,970	0,973
		işçi	-3,507	1,317	0,063
		işsiz	-0,680	0,891	0,941
	işsiz	emekli	1,767	1,053	0,449
		memur	0,088	0,919	1,000
		işçi	-2,827	1,280	0,180
		serbest	0,680	0,891	0,941
duygular	emekli	memur	-2,138	0,801	0,062
		işçi	-3,676*	1,023	0,004
		serbest	-0,763	0,784	0,867
		işsiz	-1,595	0,752	0,215
	memur	emekli	2,138	0,801	0,062
		işçi	-1,538	0,955	0,492
		serbest	1,375	0,693	0,277
		işsiz	0,543	0,657	0,922
	işçi	emekli	3,676*	1,023	0,004
		memur	1,538	0,955	0,492
		serbest	2,914*	0,942	0,019
		işsiz	2,081	0,915	0,157
	serbest	emekli	0,763	0,784	0,867
		memur	-1,375	0,693	0,277
		işçi	-2,914*	0,942	0,019
		işsiz	-0,833	0,637	0,687
	işsiz	emekli	1,595	0,752	0,215

		memur	-0,543	0,657	0,922
		işçi	-2,081	0,915	0,157
		serbest	0,833	0,637	0,687
Tedavi ve Komplikasyonlar	emekli	memur	-2,663	1,003	0,064
		işçi	-4,771 *	1,281	0,002
		serbest	-1,781	0,982	0,368
		işsiz	-2,376	0,942	0,089
	memur	emekli	2,663	1,003	0,064
		işçi	-2,108	1,196	0,399
		serbest	0,882	0,868	0,848
		işsiz	0,287	0,823	0,997
	işçi	emekli	4,771 *	1,281	0,002
		memur	2,108	1,196	0,399
		serbest	2,990	1,179	0,086
		işsiz	2,395	1,146	0,228
	serbest	emekli	1,781	0,982	0,368
		memur	-0,882	0,868	0,848
		işçi	-2,990	1,179	0,086
		işsiz	-0,595	0,797	0,945
işsiz	emekli	2,376	0,942	0,089	
	memur	-0,287	0,823	0,997	
	işçi	-2,395	1,146	0,228	
	serbest	0,595	0,797	0,945	
Yaşam kalitesi	emekli	memur	-1,879	0,932	0,262
		işçi	-3,756 *	1,191	0,016
		serbest	-0,602	0,913	0,965
		işsiz	-1,638	0,876	0,336
	memur	emekli	1,879	0,932	0,262
		işçi	-1,877	1,112	0,444
		serbest	1,277	0,807	0,511

	işsiz		0,241	0,765	0,998
işçi	emekli		3,756*	1,191	0,016
	memur		1,877	1,112	0,444
	serbest		3,153*	1,096	0,035
	işsiz		2,118	1,065	0,275
serbest	emekli		0,602	0,913	0,965
	memur		-1,277	0,807	0,511
	işçi		-3,153*	1,096	0,035
	işsiz		-1,036	0,741	0,630
işsiz	emekli		1,638	0,876	0,336
	memur		-0,241	0,765	0,998
	işçi		-2,118	1,065	0,275
	serbest		1,036	0,741	0,630

Ek. Tablo 2. Hastaların hastanelere göre HÖGÖ puan ortalamalarının çoklu karşılaştırılması

Bağımlı Değişken	(I) hastane adi	(J) hastane adi	Ortalama Farkı (I-J)	Standart Hata	P.
Cilt bakımı	ankara	Adana	-2,063*	0,457	0,000
		Konya	-0,450	0,545	0,687
	adana	Ankara	2,063*	0,457	0,000
		Konya	1,612*	0,466	0,002
	konya	Ankara	0,450	0,545	0,687
		Adana	-1,612*	0,466	0,002
Toplam puan	ankara	Adana	-24,965*	3,789	0,000
		Konya	-3,841	4,514	0,672
	adana	Ankara	24,965*	3,789	0,000
		Konya	21,124*	3,861	0,000

	konya	Ankara	3,841	4,514	0,672
		Adana	-21,124 [*]	3,861	0,000
İlaçlar	ankara	Adana	-4,388 [*]	0,617	0,000
		Konya	-,519	0,735	0,761
	adana	ankara	4,388 [*]	0,617	0,000
		Konya	3,870 [*]	0,629	0,000
	konya	ankara	,519	0,735	0,761
		Adana	-3,870 [*]	0,629	0,000
Toplum ve izlem	ankara	Adana	-2,949 [*]	0,592	0,000
		Konya	,746	0,705	0,541
	adana	ankara	2,949 [*]	0,592	0,000
		Konya	3,694 [*]	0,603	0,000
	konya	ankara	-,746	0,705	0,541
		Adana	-3,694 [*]	0,603	0,000
Yaşam aktivelere	ankara	Adana	-4,563 [*]	0,763	0,000
		Konya	-1,646	0,909	0,168
	adana	ankara	4,563 [*]	0,763	0,000
		Konya	2,916 [*]	0,778	0,001
	konya	ankara	1,646	0,909	0,168
		Adana	-2,916 [*]	0,778	0,001
Duruma İlişkin Duygular	ankara	Adana	-2,645 [*]	0,540	0,000
		Konya	,958	0,643	0,298
	adana	ankara	2,645 [*]	0,540	0,000
		Konya	3,603 [*]	0,550	0,000
	konya	ankara	-,958	0,643	0,298
		Adana	-3,603 [*]	0,550	0,000
Tedavi ve Komplikasyonlar	ankara	Adana	-4,368 [*]	0,681	0,000
		Konya	-1,482	0,811	0,163
	adana	ankara	4,368 [*]	0,681	0,000
		Konya	2,886 [*]	0,694	0,000

	konya	ankara	1,482	0,811	0,163
		Adana	-2,886*	0,694	0,000
Yasam kalitesi	ankara	Adana	-3,989*	0,632	0,000
		Konya	-1,447	0,753	0,135
	adana	ankara	3,989*	0,632	0,000
		Konya	2,542*	0,644	0,000
	konya	ankara	1,447	0,753	0,135
		Adana	-2,542*	0,644	0,000

Ek. Tablo 3. Hastaların gelir-gider durumlarına göre HÖGÖ puan ortalamalarının çoklu karşılaştırılması

Bağımlı Değişken	(I)gelir durumu	(J) gelirdurumu	Ortalama Farkı	Standart Hata	P
Cilt bakımı	az	Eşit	1,057*	0,413	,030
		Fazla	1,011	0,685	,304
	eşit	Az	-1,057*	0,413	,030
		Fazla	-0,046	0,663	,997
	fazla	Az	-1,011	0,685	,304
		Eşit	0,046	0,663	,997
Toplam puan	az	Eşit	9,571*	3,623	,024
		Fazla	8,462	6,006	,338
	eşit	Az	-9,571*	3,623	,024
		Fazla	-1,109	5,809	,980
	fazla	Az	-8,462	6,006	,338
		Eşit	1,109	5,809	,980
İlaçlar	az	Eşit	1,380	0,604	,060
		Fazla	0,860	1,002	,667

	eşit	Az	-1,380	0,604	0,060
		Fazla	-0,520	0,969	0,853
	fazla	Az	-0,860	1,002	0,667
		Eşit	0,520	0,969	0,853
Toplum ve izlem	az	Eşit	1,082	0,561	0,133
		fazla	1,360	0,929	0,311
	eşit	Az	-1,082	0,561	0,133
		fazla	0,278	0,899	0,949
	fazla	Az	-1,360	0,929	0,311
		Eşit	-0,278	0,899	0,949
Yaşam aktivitesi	az	Eşit	1,771*	0,709	0,035
		fazla	1,856	1,175	0,257
	eşit	Az	-1,771*	0,709	0,035
		fazla	0,085	1,137	0,997
	fazla	Az	-1,856	1,175	0,257
		Eşit	-0,085	1,137	0,997
Duruma ilişkin duygular	az	Eşit	1,680*	0,506	0,003
		fazla	2,136*	0,839	0,031
	eşit	Az	-1,680*	0,506	0,003
		fazla	0,456	0,812	0,840
	fazla	Az	-2,136*	0,839	0,031
		Eşit	-0,456	0,812	0,840
Tedavi ve Komplikasyonlar	az	Eşit	1,211	0,645	0,147
		fazla	0,826	1,069	0,720
	eşit	Az	-1,211	0,645	0,147
		fazla	-0,385	1,034	0,926
	fazla	Az	-0,826	1,069	0,720
		Eşit	0,385	1,034	0,926
Yaşam kalitesi	az	Eşit	1,391	0,594	0,052
		fazla	0,413	0,984	0,908

eşit	Az	-1,391	0,594	0,052
	fazla	-0,978	0,952	0,560
fazla	Az	-0,413	0,984	0,908
	Eşit	0,978	0,952	0,560

Ek. Tablo 4. : Hastaların eğitim durumlarına göre gelir-gider durumlarının karşılaştırılması

		Gelir- gider durumu			Toplam
		az	eşit	fazla	
eğitim durumu ilkokul ve altı	Sayı	42	53	3	98
	%	42,9	54,1	3,1	100
ortaokul	Sayı	29	24	2	55
	%	52,7	43,6	3,6	100
Lise	Sayı	13	32	2	47
	%	27,7	68,1	4,3	100
üniversite	Sayı	4	17	17	38
	%	10,5	44,7	44,7	100
Toplam	Sayı	88	126	24	238
	%	37,0	52,9	10,1	100

Ek. Tablo 5. Hastaların mesleklerine göre gelir-gider durumlarının karşılaştırılması

			Gelir-gider durumu			Toplam
			az	eşit	fazla	
mesleği	Emekli	Sayı	5	26	3	34
		%	14,7	76,5	8,8	100
	Memur	Sayı	7	30	15	52
		%	13,5	57,7	28,8	100
	İşçi	sayı	11	9	0	20
		%	55,0	45,0	0,0	100
	Serbest	sayı	20	32	6	58
		%	34,5	55,2	10,3	100
	İşsiz	sayı	45	29	0	74
		%	60,8	39,2	0,0	100
	Toplam	sayı	88	126	24	238
		%	37,0	52,9	10,1	100

Ek. Tablo 6. : Hastaların hastanelere göre gelir-gider durumlarının karşılaştırılması

			Gelir-gider durumu			Total
			az	eşit	fazla	
hastane adi	ankara	sayı	12	39	6	57
		%	21,1	68,4	10,5	100
	adana	sayı	60	56	11	127
		%	47,2	44,1	8,7	100
	konya	sayı	16	31	7	54
		%	29,6	57,4	13,0	100
Toplam		sayı	88	126	24	238
		%	37,0	52,9	10,1	100